Nr 1. Kraków, 3 stycznia 1914. Rok LIII.

**Redakcya: Kraków, Wolska 28, II p.** Telefon 3105.

**Administracya:** ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

**Rękopisy** zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

**Ogłoszenia** przyjmują: w **Krakowie** Administracya, **w Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cite de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOW. LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA

**Przedpłatę** przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., w **Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cite de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

**Przedpłata wynosi:** w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

**Jeden numer** osobno kosztuje 50 hal., numer podwójnej objętości 1 kor.











Rok LIII. Kraków, dnia 3 stycznia 1914 Nr 1.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

## CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

## W sprawie plam barwikowych w spojówce jagliczo zmienionej.

Napisał

Prof. Dr Bol. Wicherkiewicz.

Barwik w spojówce prawidłowej u osób, należących do rasy białej, nie bywa zjawiskiem zbyt częstem. Plamom takim przypisuje się, jak wiadomo, możność wytworzenia przez rozplenienie złośliwych nowotworów.

W ostatnich latach zwrócono uwagę na objaw nader rzadki, t. j. plamy barwikowe, napotykane w spojówkach jagliczo zmienionych. Mając poza sobą nieomal 40 letnią praktykę okulistyczną, w której tysiące osób, dotkniętych jaglicą w najrozmaitszych nasileniach i stopniach rozwoju widywać i śledzić miałem sposobność, nie spotkałem się ani razu z takiemi plamami, któreby mi nasileniem swem były podpadły.

To też zaciekawiły mnie niezmiernie odnośne publikacye.

Pierwsza z nich, to praca Steinera, który praktykując na Jawie, w Surabaya, miał sposobność, jak pisze, często spotykać niezwykłe zabarwienie spojówki po jaglicy u Malajczyków, a także, lubo rzadziej, po innych chorobach spojówki. Plamki te, bardzo ciemne, znajdują się zwykle w samym środku spojówki tarczkowej górnej powieki, i to tak u osób, które jeszcze jaglicą były dotknięte, jak i u takich, które nosiły znamiona już przebytej choroby.

W przypadkach Steinera barwik wyłącznie znajdował się w komórkach nabłonkowych, zakrywając jądro, zresztą wolne od barwika. Tam, gdzie nabłonek wnika w głąb, tworząc właśnie w spojówce jagliczej wnęki i »gruczołki« (Trachomdrüsen), tam też i barwik znajdował się wedle tych badań w głębi utkania, nadając tem samem właśnie tym tworom wybitniejsze znamię. W pokładach podnabłonkowych znajdował autor tylko wyjątkowo barwik w komórkach okrągłych, o wielkich, prawie olbrzymich rozmiarach.

Podobne plamy barwikowe jaglicze widywał autor także u Chińczyków, a raczej tylko mieszańców chińskich z rasą malajską.

Steiner przyznaje wszakże, że prócz tych znamiennych plam zachodzą jednak u tych osobników i na spojówce plamki wrodzone, i to oczywiście daleko częściej, aniżeli u Europejczyków, a dalej wypowiada przekonanie, że to jaglica daje powód do wytworzenia się barwika, który w świeżych przypadkach przez ścieranie lub leczenie znika, gdy w miejscach rowkowanych, nierównych, łatwo przed takiem starciem się uchroni i zachowa. Z tem wszystkiem Steiner nie oświadcza się jasno, jakie jest pochodzenie tego barwika, czy to przybywanie barwika już istniejącego, czy też barwik nowo powstały. (Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1898: Über erworbene Pigmentflecke in der Bindehaut der Malayen, p. 202).

Odmiennie od typu plam barwikowych Steinera przedstawia Küsel plamki w dwóch przypadkach, również u chorych na jaglicę (żydówek), znalezione w spojówce górnej, a w drugim przypadku dolnej powieki (Kl. Monatsblätter f. Augenheilkunde 1907 p. 71). Tu barwik znajdował się w głębszych warstwach tkanki w komórkach wrzecionowatych i ruchomych (Wanderzellen), a zdaniem autora konfiguracya barwika przemawiałaby za powstaniem tegoż z wybroczyn, które wywołuje jużto mechaniczne leczenie, już też sama sprawa jaglicza, wiodąca do blizn; zaprzecza więc Küsel powstawaniu tych plam barwikowych ze znamion barwikowych wrodzonych.

W trzecim rzędzie Reiss opisuje z kliniki lwowskiej przypadek plamy barwikowej u 40-letniej kobiety, która przechodziła zapalenie jaglicze. W samym środku górnej powieki znalazł Reiss zabarwienie o 4 mm średnicy, ciemne, o nierównomiernem nasileniu.

Badanie mikroskopowe nie wykazało barwika w komórkach nabłonkowych. Wśród skąpojądrowej i grubowłóknistej tkanki warstwowe rozmieszczenie prawie czarnego barwika, drobniutko ziarnistego, zlewającego się w ziarna grubsze. Barwik nagromadzony wypełnia protoplazmę komórek. Miejscami zlewają się te komórki po 4—5, tworząc smugi, tylko gdzieniegdzie grudki, ułożone pozakomórkowo, ale w ich pobliżu. (O plamkach pigmentowych w bliznowatej spojówce powieki górnej przy jaglicy. Postęp okul., październik 1911).

Zastanawiając się nad przypadkiem powyższym, skłania się Reiss do przypuszczenia, że barwik znaleziony przez niego w powiece jagliczej jest melaninem, wytworzonym w myśl teoryi Nenckiego z produktów rozpadu ciał białkowatych, a w danym przypadku z obumierających pierwocin komórkowych ziarn jagliczych.

Już po powzięciu wiadomości o przytoczonych spostrzeżeniach miałem sposobność napotkać w materyale mej kliniki dwa przypadki jaglicy, w których stwierdziliśmy obecność po jednej plamce ciemnej barwikowej w spojówce górnych powiek.

Pokrótce podaję poniżej kilka szczegółów ważniejszych, dotyczących tych przypadków.

1) Sch. M., lat 31, robotnik, dawniej leczony z powodu jagliczego zapalenia, zgłosił się 11. 1. 1912. Rozpoznałem: »Cicatrices cojunctivae trachomatosae, pannus tenuis, nebulae corneae, argyrosis, synechiae posteriores, nystagmus oscillatorius oculi utriusque«. Na spojówce powieki prawie w samym środku znajduje się plama ciemna, nieregularna, podłużna, około 3—4 mm$^2$.

2) P. M., 49 letni, zgłasza się 25. 4., leczony w tutejszej klinice w latach 1907 i 1911. Choroba wzmaga się znowu. Rozpoznanie: »Conj. trachomatosa stad. III, pannus tenuis oc. utriusque, ulcus corneae centrale oc. dextri«. Na spojówce górnej lewej powieki plama ciemna na samym środku chrząstki, wielkości ziarna prosa.

Wobec zainteresowania się sprawą plam spojówkowych postanowiłem poddać je ścisłemu badaniu. W obu więc przypadkach po zakokainowaniu okroiłem plamkę nożykiem i wyciąłem aż do czystej tkanki tarczkowej. Właśnie w drugim przypadku okazała się spojówka bardzo zanikła, a plameczka tkwiła głęboko w chrząstce.

Badanie histologiczne przeprowadził bardzo dokładnie i opisał jak niżej asystent kliniczny Dr R o s e n h a u c h, utrwaliwszy wycięte kawałki w formalinie, a następnie przepoiwszy w zwykły sposób parafiną.

Oto wynik badania drobnowidowego:

»Przypadek I. Nabłonek spojówki prawidłowo ułożony, wielowarstwowy, płaski, bez rogowacenia powierzchownych warstw, bez ziarn barwikowych. Pod nabłonkiem grubo-włóknista tkanka łączna z nieznacznym naciekiem jednojądrzastych komórek limfoidalnych. Głębsze warstwy tej tkanki, w których usadowiony jest ów barwik, wywołujący znamię spojówkowe, są bardziej grubo-włókniste, a ilość jąder znacznie skąpsza. Barwik ciemno-brunatny, czasem wpadający w odcień czarny, ułożony jest przeważnie wewnątrzkomórkowo, składa się z drobniutkich ziarenek, zbijających się w grudki, wypełniające szczelnie komórki, tak, że nieraz z trudem można dostrzedz owalne jądro, leżące zazwyczaj w środku komórki. Komórki wypełnione barwikiem, oddzielone od siebie widocznemi liniami, tworzą całe smugi pomiędzy smugami grubowłóknistej tkanki łącznej i odnosi się to wrażenie, że jedne i drugie smugi, to taka sama tkanka, z tą tylko różnicą, że jednych komórki wypełnione barwikiem, którego brak w komórkach smug drugich. Tu i ówdzie widać ziarenka poza komórkami leżące.

Przypadek II. Pod względem ułożenia barwika, jego wyglądu, postaci komórek barwikowych, zachowuje się przypadek ten podobnie, jak przypadek I. Jedynie tylko budowa samej spojówki przedstawia się nieco odmiennie. Nabłonek wielowarstwowy płaski jest miejscami ograniczony do bardzo wązkiego paska, miejscami jest szeroki i wnika w głąb w postaci sznurów, nieraz dość długich. Tkanka podnabłonkowa jest bardzo obficie nacieкła drobnemi okrągłemi komórkami limfoidalnemi, które są zbicie ułożone i tworzą grubą warstwę naciekową. Miejscami naciek ten ma dość ścisłe granice, tworząc niejako ziarno (granulum). Warstwa skąpojądrowa, grubowłóknista, ułożona głębiej wraz z warstwami barwikowemi, zachowuje się jak w przypadku I.

O ile zatem w pierwszym przypadku sprawa jaglicza, już ustąpiwszy, pozostawiła bliznę, to w drugim naciek jagliczy przemawia za trwaniem cierpienia w okresie, zbliżającym się do zabliźnienia«.

Z opisu powyższych dwóch przypadków przekonujemy się, że tu odmiennie, aniżeli w przypadkach Steinera, barwik zawarty był tylko w komórkach tkanki łącznej, a wolne ziarenka jakoby po rozpadzie tych komórek gdzieniegdzie w pobliżu ogniska barwikowego. Sprawa jaglicza w jednym przypadku skończona wytworzeniem tkanki ściśle bliznowatej, gdy w drugim jeszcze w okresie drugim, t. j. rozpadu.

Przypadki oba były leczone, a zatem samoistny przebieg sprawy patologicznej jagliczej nie wchodził tu w grę. Przypadki, ogłoszone przez przytoczonych powyżej autorów, jako też i te dwa nasze własne, mają pewne odrębne znamiona, nasuwają szereg uwag, a przedewszystkiem:

Steiner widział plamy barwikowe tylko na górnej powiece spojówki jagliczej u Malajczyków i Chińczyków. Jak się zdaje, były one dość liczne, a zawsze tylko w komórkach n a b ł o n k o w y c h. Küsel znowu u dwóch żydówek dotkniętych jaglicą, widział barwik raz w górnej, to znowu w dolnej powiece. Tu barwik zajmował komórki tkanki łącznej. Reiss takoż ułożone ziarna barwikowe znalazł w spojówce górnej powieki. W naszych dwóch przypadkach, dotyczących żydów, analogicznie do przypadku Reissa plamy wystąpiły w górnych powiekach.

Nie chcę przesądzać o znaczeniu publikacyi Steinera, ale zdaje mi się, że właśnie ta częstotliwość tych zjawisk w jego materyale, jako też wykazanie barwika w komórkach nabłonkowych, przemawia za tem, iż tu chodzi o zwykłą koincydencyę nieraz u rasy ciemnej występującego zabarwienia plamkowego spojówki ze sprawą jagliczą. Zresztą w najnowszej swej publikacyi (Kl. Monatsblätter f. Augenhk. Oct. Nov. 1913 p. 534: Pigmentflecke u. Pigmentgeschwülste der Bindehaut bei verschiedenen Rassen) Steiner, obrawszy sobie za przedmiot badań znamiona barwikowe (naevi pigmentosi) spojówki, które u nas uchodzą za możliwy zarodek nowotworów złośliwych, przeczy, by to samo odnieść można do tych tak częstych plam barwikowych spojówki Jawajczyków, ale przyznaje, że u rasy kaukazkiej, u której te rzadko występujące plamy prawdopodobnie jako wytwór atawistyczny uchodzić powinny, nieraz stają się wyjściem nowotworów. Powracając zaś do sprawy pojawienia się plam barwikowych w jaglicy, dodaje: »Noch sei hier erwähnt, dass das hier so häufige Trachom das Pigment sehr oft zur Wucherung bringt und allerlei schwarze Flecke bildet, namentlich gerne die Ränder der Körner am Oberlid mit schwarzen Säumen umrahmt, welche dann nach Ablauf des acuten Stadiums in der Narbe als zierliche Bogen und Netze oft noch erkennbar sind«.

Z drugiej więc publikacyi, jak sądzę, wynika niedwuznacznie, co z góry przypuszczałem, że jaglica n i e w y t w a r z a n o w e g o b a r w i k a, ale istniejący w spojówce do wzmożenia się doprowadza. Jaglica sama zatem żadnego i w tamtych przypadkach nie miała bezpośredniego wpływu na powstanie plam. Zresztą występowały one wedle Steinera i przy innych zachorzeniach spojówki.

Gdyby zresztą jaglica miała mieć jakiś wpływ na powstawanie barwika w spojówce, a raczej w chrząstce, to, jak już zaznaczyłem, przy tak ogromnym materyale, jaki w praktyce mej właśnie tej choroby widywałem i leczy-

łem, musiałbym był częściej się z tym objawem spotykać. Nie przeczę, że wobec uwagi, zwróconej w innym kierunku w przypadkach ostrych, plamy takie głęboko ułożone mogłyby były ujść baczności, jednak mniej wtenczas, gdy sprawa skończona, gdy chodzi przypadkowo o stwierdzenie blizn, najwybitniejszych zwykle na spojówkach górnych powiek, których chrząstki uległy znacznemu zbliznowaceniu. Przypominam sobie wprawdzie, że czasami, ale bardzo rzadko, podpadały mi ciemniejsze miejsca na spojówkach, a to wtenczas, gdy chory leczony był azotanem srebra w niewłaściwy sposób lub zbyt długo. Była to więc srebrzyca (argyrosis) w większem nasileniu. Natomiast nieraz badając szczegółowo, a badam zwykle także przy pomocy lupy, napotykałem plameczki barwikowe nietylko na rąbku spojówkowym, ale także i w innych miejscach spojówki. Podobnie i czarna barwa (melanosis) twardówki zdarza się użto w bardzo ograniczonych miejscach, jużto na większej przestrzeni, a kilka odnośnych przypadków takiego zaczernienia twardówki, jako i licznych plamek barwikowych tęczówki widywałem w pięknych okazach i do późniejszej przechowuję publikacyi.

Sądzę więc, że tak samo mogą okolicznościowo zachodzić wrodzone plameczki (naevi) spojówki, czy raczej chrząstki. Plameczki te wskutek sprawy zapalnej mogą rozpleniać się, a następnie po ukończeniu sprawy jagliczej wybitniej występują.

Jednak jest to tylko osobiste moje zdanie, oparte na wrażeniach, wprawdzie odniesionych na podstawie bardzo licznego materyału klinicznego, ale nie dające się dowodami poprzeć.

Pomijając publikacyę Steinera, liczyć się jednak trzeba z faktem, że w kilku przypadkach napotkano takie ciemniejsze plamy właśnie u osób, które jaglicę przechodziły, (Küsel, Reiss i własne przypadki), a w takim razie stoimy wobec pytania, jaki czynnik wywołuje ich powstanie?

Küsel przyjmuje jako czynnik przyczynowy wybroczynę; zatem barwik pochodziłby tu z krwi, mimo, że odczyn żelaza wypada ujemnie. Ależ wybroczyny spojówkowe nie należą bynajmniej do rzadkości. Küsel daje wyraz mniemaniu, że do takiej przemiany krwi miałyby być konieczne blizny jaglicze, utrudniające rzekomo wessanie krwi wybroczynowej. Wiem jednak, że i takie wybroczyny u osób starszych wogóle, a przy zabiegach ręcznych u chorych na jaglicę zdarzają się aż nazbyt często. Musielibyśmy więc nieraz spotykać się z tym objawem. Reiss znowu skłania się do wniosku, iż barwik w jego przypadku, a może i innych podobnych, jest melaninem, wytworzonym w myśl teoryi Nenckiego z produktów rozpadu ciał białkowatych, a w danym przypadku z obumierających pierwocin komórkowych ziarn jagliczych.

Nie myślę zbijać tej teoryi, postawionej przez tak znakomitego badacza, jakim był Nencki; pozwalam sobie atoli powtórzyć raz jeszcze uwagę, że gdyby takie było pochodzenie naszych plam barwikowych, musielibyśmy je spotykać często, gdyż wiadomo każdemu praktykowi, że jaglica nierzadko bez leczenia ustępuje, pozostawiając blizny.

Teorya ta, przyznajemy, jest wielce nęcącą, ale sądzę, że tu musi chyba jakiś inny jeszcze czynnik współdziałać, jakiś moment dotychczas niedocieczony, zwłaszcza, że jednak te plamki u nas należą do wielkich wyjątków.

Wszak w patologii zagadek takich posiadamy wiele. Przypominam choćby tylko przypadek przezemnie ogłoszony o melanotycznej zawartości torbieli ocznych, połączonych z wrodzonym brakiem gałek. Jest to jedyne dotychczas spostrzeżenie (później spotkałem drugi przypadek w mej praktyce lekarskiej), dla którego wytłómaczenia czy potwierdzenia nie podniósł się w literaturze dotychczas ani jeden głos.

A więc skąd biorą się owe kępki barwikowe, przeważnie, jak się zdaje, występujące na spojówce górnych powiek?

Wedle mego przekonania plamy te nie mają żadnego związku bezpośredniego z jaglicą. Drobne plamki nieraz spotykałem także i u naszych chorych nietylko na rąbku spojówkowym, ale okolicznościowo także i na samej spojówce, jużto tarczkowej, jużto załamków.

Takie kępki barwikowe lub pojedyncze chromatofory u osobnika, dotkniętego jaglicą czy inną sprawą zapalną tkanki, ulegają rozplenieniu. Przychodzi więc do większego nagromadzenia komórek barwikowych, a wtenczas powstaje mylny pozór ich pochodzenia.

Przypuszczając jednak, że tam, gdzie je w przypadkach ogłoszonych po jaglicy napotkano, złogów barwikowych poprzednio rzeczywiście nie było, to pytania, jak powstaje ten barwik, zawsze jeszcze nie będzie można rozstrzygnąć.

Wedle Ehrmana komórki barwikowe są komórkami łącznotkankowemi, a materyału barwnego dostarcza krew, której barwik przerabia się w komórkach. Barwik więc melanotyczny wytwarza się z barwika krwi przez wnikanie do komórek łączno-tkankowych chromatoforów, które właśnie wytwarzają barwik i dlatego nazwane być powinny chromatoblastami albo melanoblastami.

Pozostaje jeszcze pytanie, dlaczego te plamy, przynajmniej w przypadkach ogłoszonych, z wyjątkiem jednego, podanego przez Küsla, znajdowano na spojówce górnych powiek. Jeżeliby w rzeczywistości sprawa silniejszego bliznowacenia odgrywała przytem jakąś rolę, natenczas łatwo zrozumieć, że warunki ku temu w jaglicy właśnie na spojówce tarczkowej powiek górnych są daleko podatniejsze, aniżeli na spojówce dolnej powieki, gdzie sprawa jaglicza wogóle nie bywa tak nasiloną i gdzie wązki pasek chrząstki tarczkowej nietyle podlega sprawie następowej zapalnej, co górny. W przeciwnym jednak razie bylibyśmy skłonni przypuszczać, że to pojawianie się plamek barwikowych na spojówce górnych powiek jest przypadkowe, albo, że łatwiej występują i w oko wpadają takie plamki, aniżeli podobne na pomarszczonej spojówce dolnych powiek.

Sądzę zresztą, że pilne badanie w tym kierunku dalszych przypadków rzuci pożądane światło na tę, rzeczywiście, czy pozornie, niejasną sprawę.

Z petersburskiego Zakładu położniczego.

## W sprawie działania sekakorniny w okresie poporodowym

przez

Dr med. Aleksandra Karnickiego

starszego lekarza Zakładu.

Sekakornina (wyrób firmy »Roche«) cieszy się już od pewnego czasu wielkiem uznaniem położników, którzy temu lekowi nie skąpią pochlebnych słów. Tłómaczy się to tem, że dotąd brakowało ściśle pewnych środków, ponieważ sporysz niezawsze odpowiada stawianym wymaganiom. Jak wiadomo, wśród składników sporyszu są niektóre całkiem nie działające, a nawet są i szkodliwe; prócz tego siła działania tego środka w wysokim stopniu zależy tak od pory, jak i od miejsca zbioru. Z tego powodu jakby samo przez się wyłoniło się zapotrzebowanie takiego środka, któryby, silnie działając, a będąc całkiem wolnym od zbytecznych domieszek, mógł być ściśle dawkowanym. Takim właśnie środkiem jest sekakornina Roche, która działa na włókna mięsne macicy i jej naczyń, wywołując energiczne kurczenie się włókien mięsnych macicy i wskutek tego wstrzymując krwotok, o ile on zależy od niedostatecznego skurczenia się ścian macicy A więc środek ten całkiem nie działa w przypadkach zaniku mięśni macicznych i tam, gdzie brak elementów, mogących się kurczyć.

Z powodów wyżej wymienionych uważają sekakorninę za jeden z najlepszych środków w praktyce położniczej. Walther zaleca ją w przypadkach zwątlenia macicy, jak również jako środek zapobiegawczy przy ciąży bliźniaczej, nadmiarze wód płodowych i we wszystkich przypadkach nadmiernego rozciągnięcia macicy. Sellheim uważa sekakorninę za środek silnie działający, ponieważ już po wstrzyknięciu pół strzykawki Pravaza stwierdzał kurczenie się nietylko samej macicy, lecz i więzadeł obłych. Zdaniem Nawy główna zaleta sekakorniny polega na tem, że wstrzyknięcie, które jest całkiem niebolesne, działa już po pięciu minutach.

Nie zatrzymując się dłużej na przytaczaniu zdań cudzych. przechodzę do wyniku własnych badań. Zadaniem mojej pracy było ściśłe skontrolowanie działania sekakorniny w czasie poporodowego skurczenia się macicy i porównanie tego działania z działaniem sporyszu. Rozporządzając dużym materyałem Zakładu położniczego petersburskiego, badania prowadziłem osobiście, by wyłączyć możebne w tym razie błędy podmiotowe, jeśliby spostrzeżenia zbierało kilku badających.

Wszystkie badane położnice rozdzieliłem na kilka grup. Pierwszą. a najliczniejszą (76), stanowiły te, którym po odejściu łożyska wstrzyknięto jedną strzykawkę sekakorniny. a w ciągu 2 dni następnych podawano sekakorninę wewnętrznie, po 10 kropel 3 razy dziennie. Drugą grupę stanowiły położnice (44), które prócz wstrzyknięcia sekakorniny po porodzie otrzymywały w ciągu 2 dni następnych jeszcze po jednem wstrzyknięciu. Trzecia grupa służyła do porównania; te położnice tak po porodzie, jak i w następ-

I. Grupa.

Położnice, które otrzymywały pierwszy raz sekakorninę podskórnie, a potem wewnętrznie w kroplach.

| Numer | Nazwisko | Która ciąża | Wymiar macicy | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2 d. | 5 d. | 8 d. |
| 314 | A. P. | 2 | 15—14 | 6—8 | 4—3 |
| 319 | M. Z. | 1 | 16—11 | 6—8 | nie wymac |
| 328 | M. I. | 1 | 20—14 | 11—12 | nie wymac. |
| 331 | N. S. | 2 | 10—12 | 8—6 | 6—7 |
| 330 | A. S. | 5 | 15—13 | 10—8 | nie wymac. |
| 326 | M. F. | 1 | 11—14 | 7—9 | nie wymac. |
| 333 | D. P. | 2 | 18—15 | 10—13 | 7—9 |
| 332 | A. M. | 2 | 17—15 | 8—6 | nie wymac. |
| 329 | A. P. | 2 | 14—14 | 10—12 | 7—8 |
| 324 | E. M. | 7 | 15—14 | 10—12 | 4—5 |
| 428 | P. B. | 1 | 12—13 | 8—7 | nie wymac. |
| 440 | E. S. | 1 | 8—10 | 6—8 | nie wymac. |
| 441 | E. S. | 10 | 9—10 | 6—7 | nie wymac. |
| 442 | S. M. | 1 | 9—11 | 7—9 | 4—6 |
| 444 | E. P. | 6 | 11—10 | 10—8 | 4—6 |
| 445 | A. S. | 1 | 13—12 | 8—8 | nie wymac. |
| 446 | A. S. | 1 | 13—12 | 7—7 | 4—5 |
| 447 | P. S. | 5 | 13—12 | 8—6 | nie wymac. |
| 448 | P. B. | 2 | 13—14 | 12—11 | 6—7 |
| 449 | E. W. | 8 | 14—13 | 10—11 | 6—7 |
| 450 | L. S. | 1 | 13—14 | 9—9 | nie wymac. |
| 451 | E. K | 3 | 11—13 | 7—6 | nie wymac. |
| 452 | E. S. | 3 | 12—13 | 6—9 | nie wymac. |
| 453 | E. W. | 2 | 11—14 | 8—7 | nie wymac. |
| 454 | O. M. | 3 | 15—14 | 7—7 | nie wymac. |
| 455 | A. W. | 8 | 12—14 | 6—7 | nie wymac. |
| 458 | P. L. | 5 | 18—13 | 10—8 | 6—7 |
| 672 | A. S. | 3 | 14—16 | 13—14 | 10—13 |
| 673 | M. Z. | 5 | 19—22 | 13—16 | 8—9 |
| 671 | A. S. | 1 | 22—23 | 15—16 | 11—10 |
| 670 | S. K. | 1 | 22—23 | 10—11 | 9—9 |
| 538 | I. T. | 1 | 13—15 | 8—10 | nie wymac |
| 548 | O. N. | 6 | 12—10 | 9—8 | 6—6 |
| 544 | A. B. | 2 | 13—16 | 9—12 | 4—6 |
| 545 | D. U. | 3 | 13—17 | 9—11 | 2 4 |
| 546 | A B. | 3 | 10—18 | 11—13 | 5—8 |
| 549 | E. S. | 2 | 12—11 | 9—9 | nie wymac. |
| 550 | U. L. | 1 | 20—16 | 15—13 | 5—8 |
| 552 | M. P. | 2 | 14—12 | 13—11 | 8—8 |
| 553 | D. O. | 2 | 15—11 | 8—6 | nie wymac. |
| 555 | E. S. | 1 | 12—10 | 8—8 | nie wymac. |
| 557 | M. S. | 3 | 10—9 | 8—7 | nie wymac. |
| 768 | E. B. | 3 | 15—14 | nie wymac. | nie wymac. |
| 769 | E. K. | 1 | 12—14 | 7—6 | nie wymac |
| 764 | A. E. | 3 | 17—13 | 9—9 | nie wymac. |
| 763 | O. P. | 2 | 18—15 | 7—8 | nie wymac. |
| 771 | P. C. | 8 | 12—14 | 6 8 | nie wymac. |
| 772 | S. G | 1 | 12—12 | 8—6 | nie wymac. |
| 767 | M. A. | 4 | 10 12 | 8—7 | nie wymac. |
| 780 | T. P. | 3 | 12—11 | 8—7 | nie wymac. |
| 774 | T. A. | 1 | 13—11 | 9—9 | 4—4 |
| 776 | E. B. | 1 | 16—14 | 8—7 | nie wymac |
| 779 | A. K. | 3 | 14—11 | 12—11 | nie wymac. |
| 755 | A. M. | 4 | 14—12 | 10—8 | 7—6 |
| 777 | P. I. | 1 | 13—10 | 8—9 | nie wymac. |
| 770 | A. O. | 2 | 17—16 | 11—11 | nie wymac. |
| 995 | N. L. | 1 | 17—16 | 11—9 | 8—6 |
| 998 | M P. | 3 | 15—16 | 12—13 | 6 7 |
| 1001 | E. D. | 1 | 13—12 | 9—8 | nie wymac |
| 1002 | P. T. | 2 | 14—12 | 10—8 | 6—5 |
| 1003 | P. E. | 1 | 11—12 | 10—10 | nie wymac. |
| 1004 | I. C. | 2 | 12—13 | 11—9 | 6—7 |
| 1005 | E. P. | 1 | 13—15 | 8—7 | nie wymac. |
| 1043 | A. P. | 1 | 16—15 | 6—5 | nie wymac. |
| 1228 | M. B. | 1 | 15—20 | 8—10 | 3—4 |
| 1229 | A. K. | 1 | 8—16 | 7—6 | nie wymac. |
| 1235 | F. S. | 2 | 11—12 | 6—8 | nie wymac. |
| 1236 | W. B | 3 | 12—12 | 9—10 | nie wymac. |
| 1237 | E. Z. | 1 | 17—13 | 14—13 | 12—10 |
| 1238 | A. P. | 1 | 11—11 | 9—9 | 6—6 |
| 1239 | N. B. | 3 | 14—13 | 8—9 | nie wymac |
| 1240 | A. D. | 3 | 10—13 | 9—9 | nie wymac. |
| 1241 | W. P. | 5 | 11—13 | 6—6 | nie wymac. |
| 1242 | A. N. | 11 | 11—8 | 8—8 | nie wymac. |
| 1244 | E. P. | 10 | 12—14 | 6—8 | 4—3 |
| 1245 | E. P. | 2 | 14—15 | 8—9 | nie wymac. |

II Grupa.

Położnice, które otrzymywały sekakorninę tylko podskórnie.

| Numer | Nazwisko | Która ciąża | Wymiar macicy | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2 d. | 5 d | 8 d. |
| 647 | O. G. | 1 | 16 – 15 | 9 10 | 4—4 |
| 660 | A. P. | 1 | 15—14 | 11—8 | 4 - 4 |
| 668 | E. D. | 2 | 15—14 | 10—10 | nie wymac. |
| 669 | A. B. | 1 | 8 – 13 | nie wymac. | nie wymac |
| 664 | E. S. | 1 | 14—12 | 8—8 | 5 5 |
| 602 | A. O. | 1 | 14—16 | 7—9 | 4—4 |
| 666 | E. D. | 2 | 8—13 | 8 8 | nie wymac. |
| 879 | L. N. | 1 | 15 14 | 8—6 | nie wymac. |
| 890 | A. G. | 5 | 12—18 | 8 - 9 | 3 - 4 |
| 892 | A. R. | 5 | 19—16 | 9—9 | 6 – 8 |
| 894 | M. R. | 6 | 14—15 | 6—7 | 3 – 3 |
| 896 | M. P. | 5 | 18 – 16 | 9 – 10 | 5—7 |
| 897 | M S. | 7 | 10—11 | 4—8 | nie wymac. |
| 899 | Z. L. | 4 | 14—13 | 8—7 | 4—6 |
| 1109 | P. T. | 4 | 14—15 | 6—7 | nie wymac. |
| 1113 | P. A. | 1 | 11—11 | 10—9 | 5—4 |
| 1115 | A. S. | 1 | 18 – 15 | 12 – 10 | nie wymac. |
| 1117 | P. W. | 2 | 12—11 | 11—10 | nie wymac. |
| 1118 | P. G. | 3 | 13—12 | 8—10 | nie wymac. |
| 1119 | E. K. | 2 | 12—11 | 8 – 11 | nie wymac. |
| 1120 | A. K. | 1 | 14—12 | 8 - 9 | nie wymac. |
| 1122 | M. S. | 2 | 11—11 | 7—7 | 3—3 |
| 1123 | M. A. | 1 | 13—14 | 8—8 | 5 5 |
| 1124 | W. K. | 1 | 14—11 | 8—11 | 5—7 |
| 1125 | M. P. | 1 | 12 12 | 10—9 | 4 4 |
| 1336 | P. D | 5 | 15 12 | 10—19 | 5—5 |
| 1337 | O. A. | 1 | 9—10 | 4 6 | 2 – 3 |
| 1341 | A. G. | 1 | 13—12 | 9—10 | 5—5 |
| 1343 | E. S. | 1 | 14—12 | 7—6 | nie wymac. |
| 1346 | M S. | 1 | 14—15 | 7—7 | nie wymac. |
| 1347 | T. D. | 1 | 12 11 | 7—5 | nie wymac. |
| 1348 | O. Z. | 3 | 15—15 | 8—9 | nie wymae. |
| 1349 | M. R. | 1 | 19—16 | 5—5 | 3 3 |
| 1350 | M. G. | 3 | 12—13 | 5 – 7 | nie wymac |
| 1351 | M. N. | 3 | 17—12 | 12 - 12 | 9—9 |
| 1353 | M. K. | 4 | 17 – 14 | 12—12 | 9—8 |
| 1355 | A. W. | 9 | 13—14 | 9—9 | 7—6 |
| 1356 | P. B. | 3 | 13—12 | 7—8 | nie wymac |
| 1357 | E. I. | 1 | 14—13 | 14—13 | nie wymac. |
| 1358 | E. G. | 2 | 12—16 | 8—13 | 3 – 5 |
| 1360 | M. S. | 3 | 14—11 | 8—10 | 3 5 |
| 1361 | P. M. | 4 | 12—12 | 7—7 | 3—3 |
| 1359 | F. M. | 2 | 12 – 13 | 8—8 | nie wymac. |
| 1362 | E. K. | 2 | 10—12 | 5 – 6 | nie wymac. |

III Grupa.

Położnice, które otrzymywały sporysz.

| Numer | Nazwisko | Która ciąża | Wymiar macicy | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2 d. | 5 d. | 8 d. |
| 1446 | L. S. | 7 | 16—20 | 10—12 | 7—7 |
| 1456 | S R. | 3 | 12—12 | 8—8 | nie wymac. |
| 1459 | N. P. | 8 | 12—10 | 6—7 | nie wymac. |
| 1461 | M. L. | 2 | 11—10 | 8—7 | 5—4 |
| 1462 | A. D. | 1 | 15—16 | 16 12 | 8 – 5 |
| 1419 | M. K. | 1 | 16—15 | 12—11 | 7—5 |
| 1445 | M. L. | 1 | 14—12 | 10 9 | 6—5 |
| 1450 | G. W. | 1 | 16 - 17 | 9 - 9 | nie wymac. |
| 1434 | N O. | 13 | 18 – 16 | 15—13 | 10—9 |
| 1457 | M. K. | 2 | 10—11 | 10 9 | 6 – 6 |
| 1447 | M S. | 1 | 12—13 | 7—8 | nie wymac. |
| 1460 | A. S. | 1 | 13—13 | 13—13 | 7—7 |
| 1455 | U. S. | 8 | 14—15 | 13 – 14 | 6—7 |
| 1451 | E. M. | 1 | 12—10 | 9—9 | 7—6 |
| 1656 | M. W. | 7 | 10—11 | 8—7 | nie wymac. |
| 1653 | E. A. | 11 | 17—16 | 6—7 | nie wymac. |
| 1659 | L. K. | 1 | 16 – 15 | 9—10 | nie wymac. |
| 1619 | L. I. | 2 | 13—16 | 7—9 | 6 - 7 |
| 1648 | E. T. | 3 | 14—13 | 10 -9 | 6 - 8 |
| 1657 | W. I | 2 | 14—15 | 11—10 | 5—4 |
| 1661 | G. W. | 1 | 15—13 | 8—7 | 4 6 |
| 1664 | Ł. M | 1 | 17 – 17 | 8—9 | nie wymac. |
| 1666 | N. E. | 4 | 18 – 15 | 13 - 11 | 8—8 |
| 1667 | E. S. | 3 | 18—10 | 4 – 6 | 3—4 |
| 1669 | E. A. | 7 | 18—18 | 13—13 | 10 10 |
| 1670 | M G. | 2 | 11—13 | 6 - 7 | 3—3 |
| 1671 | E M | 3 | 10—15 | 10 —9 | 3—5 |
| 1672 | A. I. | 2 | 16 15 | 9—8 | nie wymac. |
| 1764 | A. K. | 1 | 15—12 | 8—8 | 7 – 6 |
| 1771 | P. M. | 1 | 17—13 | 7 – 9 | 4—5 |
| 1774 | T. W. | 1 | 8 9 | 5 – 6 | 4—4 |
| 1775 | E. P. | 3 | 9 – 8 | 6 6 | 5 3 |
| 1776 | M. M. | 1 | 17 – 18 | 11 12 | 6—6 |
| 1779 | A. F. | 2 | 21 – 21 | 11—12 | 7—6 |
| 1780 | O. S | 2 | 13—15 | 9—10 | 3—4 |
| 1781 | I. K. | 6 | 13 14 | 9—10 | 7 – 7 |
| 1782 | D. B. | 2 | 13—13 | 11 12 | 5 4 |

pnych dniach otrzymywały 0·6 sporyszu wszystkiego mniej więcej w ilości 10 proszków.

Stosunek pierworódek do wieloródek był prawie jednaki we wszystkich 3 grupach; a mianowicie: w pierwszej pierworódek było 28 (36·8%), w drugiej 19 (43%), w trzeciej 14 (37·8), a więc właściwość szybszego skurczenia się poporodowego macicy pierworódek w naszych badaniach nie mogła wchodzić w rachubę. U wszystkich położnic codziennie mierzono wysokość dna macicy, jakoteż jej szerokość, ponieważ tylko przy tych obu wymiarach można mniej więcej ściśle ocenić rzeczywistą wielkość macicy.

Dla badań porównawczych brałem wymiary 2, 5. i 8. dnia po porodzie, wynik pomiarów zestawiam w tablicach. Z tych tablic widzimy, że położnic, u których na drugi dzień żaden wymiar nie przewyższał 15 cm, w pierwszej grupie było 44 (58%), w drugiej 27 (61%), w trzeciej 15 (40%). Na 5. dzień położnic z obu wymiarami poniżej 10 cm było w I. grupie 46 (60%), w II. grupie 27 (61%), w III. grupie 18 (48·6%). Na 8. dzień macica nie była całkiem wymacalna w I. grupie u 44 (58%), w II. grupie u 19 (43%), w III grupie u 9 (24·3%). Wyżej wymienione dane niewątpliwie świadczą o najgorszem kurczeniu się macicy tych położnic, które otrzymywały sporysz, ponieważ 8. dnia po porodzie tylko w 24·3% macica nie była wymacalna. Co się zaś tyczy dwóch pierwszych grup, trudno powiedzieć stanowczo, lecz odnosi się wrażenie, jak gdyby na razie kurczenie się macicy postępowało energiczniej tam, gdzie wstrzyknięto sekakorninę pod skórę.

Wstrzykiwania sekakorniny, będąc nie bolesnemi, działały szybko, macica kurczyła się znakomicie nawet w przypadkach znacznego jej osłabienia. W ciągu całego czasu badań nad sekakorniną ani razu nie zdarzyło mi się widzieć tak silnego krwotoku atonicznego, bym był zmuszony użyć tamponowania macicy lub sposobu Momburga. Trudno sądzić, czy wstrzykiwania sekakorniny, wywołując dobre kurczenie się macicy, tem samem zapobiegały mogącemu nastąpić zwątleniu, czy też był to prosty przypadek; jednakże sądziłbym, że w tem jest pewna zasługa sekakorniny. Dobre skurczenie się macicy, wywołując szybkie zaciśnięcie naczyń w miejscu usadowienia się łożyska i zmniejszenie jamy macicznej, tem samem musi zmniejszyć odsetek chorób poporodowych.

W liczbie badanych przezemnie miałem trzy przypadki ręcznego oddzielenia łożyska, które, jak wiadomo, najczęściej wiedzie do zakażeń poporodowych, tymczasem tym razem wszystko zakończyło się pomyślnie. W przypadkach operacyjnych, jak obrót lub kleszcze, ani razu po

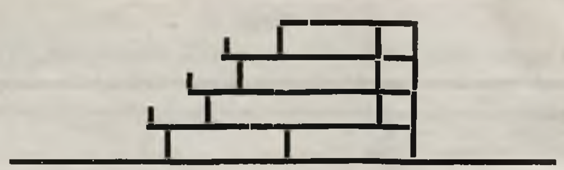
wstrzyknięciu sekakorniny nie widziałem krwotoku z powodu zwątlenia macicy. Nakoniec muszę zaznaczyć, że położnice, które otrzymywały sekakorninę, o wiele rzadziej, niż zwykle uskarżały się na kurcze poporodowe bolesne, tak częste u wieloródek. Na podstawie więc mych badań sądzę, że sekakornina Roche o wiele przewyższa sporysz co do szybkości i siły działania na włókna mięsne macicy, że przeto należy się jej szerokie zastosowanie w położnictwie, w przypadkach zwątlenia macicy, jak również, jako środek zapobiegawczy w okresie poporodowym dla wywołania silniejszego skurczenia się macicy.

## Oceny i sprawozdania.

Dr D. Sarason (Berlin). **Das Freilufthaus.** Ein neues Bausystem für Krankenanstalten und Wohngebäude. Monachium 1913, (J. F. Lehmann). Z 6 tablicami i 32 rycinami w tekście, stron 122. Cena 5 M.

Pomysł Sarasona, podany pierwotnie w r. 1902, zyskał mu w r. 1908 nagrodę na międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym w Washingtonie w postaci złotego medalu. Odznaczenie to, przyznane w Ameryce, łatwiej zrozumieć, jeżeli się uwzględni, że właśnie w wielkich miastach Stanów Zjednoczonych z powodu drożyzny gruntów budowlanych coraz częściej odstępują przy budowie szpitali od rozpowszechnionej zasady współczesnej jednopiętrowych pawilonów i stawiają najnowsze szpitale nietylko paropiętrowe, ale nawet już siedmiopiętrowe (miejski szpital Bellevue w Nowym Yorku). W takich budowlach zaś staje się sprawa dostatecznego światła i powietrza zagadnieniem pierwszorzędnej wagi, zwłaszcza tam, gdzie zachodzi potrzeba stworzenia leżalni na wolnem powietrzu, łatwo dostępnych nawet dla słabszych chorych. Dla takich chorych powinny leżalnie znajdować się w pobliżu sypialni i na jednym z niemi poziomie; tymczasem budowanie takich leżalni w dotychczasowy sposób, jako balkony lub loggie, nietylko zabiera światło i bezpośredni dostęp powietrza sąsiednim salom, ale także, jak Sarason wywodzi, w znacznym stopniu chybia celu, bo wymiana i ruch powietrza w leżalniach, stale nakrytych od góry, jest niewielka i nie daje się porównać z działaniem leżalni pod gołem niebem (a raczej tylko czasowo zakrywanych lekkiemi markizami). W tym względzie zajmuje Sarason stanowisko wcale skrajne, uzasadniając je twierdzeniem, że korzystny wpływ leżalni i wogóle przebywania na wolnem powietrzu polega nietyle na chemicznej czystości powietrza, ile na (łagodnem) odbieraniu ustrojowi ciepła, zależnem w pierwszym rzędzie od ruchu powietrza otaczającego, co doświadczalnie udowodnił Frankenhäuser. Ale nietylko w tym względzie staje Sarason na stanowisku odrębnem; mianowicie jego zdaniem epoka systemu pawilonowego w szpitalnictwie wkrótce już powinna się skończyć, skoro tylko ugruntuje się przekonanie, że ten system jest w stosunku do osiąganych korzyści za kosztowny (szpital Virchowa w Berlinie na 2000 łóżek kosztował $19^1/_2$ miliona marek, t. j. jedno łóżko prawie 10.000 marek) i że tesame korzyści można osiągnąć przez znacznie tańszą budowę wielopiętrową, byleby dawny ten system odpowiednio przekształcić.

To przekształcenie polega na pomyśle o bardzo prostej zasadzie: Sarason proponuje mianowicie budować gmachy terasowate, których przekrój pionowy przedstawia się w ten mniej więcej sposób:



W takich gmachach na każdem piętrze powstaje terasa, bezpośrednio dostępna z sal chorych, rozszerzona ku przodowi przez występ balkonowy.

Ten sposób budowania nadawałby się nietylko dla szpitali, ale także dla zwykłych budynków mieszkalnych i rozwiązywałby, zdaniem Sarasona, najprościej i najtaniej zagadnienie higienicznych mieszkań dla ludności niezamożnej, pozwalając zarazem zmniejszyć do ostatecznych granic szerokość ulic bez ujęcia światła i powietrza stojącym przy nich domom.

Na szeregu planów, dołączonych do swej książki, dowodzi Sarason, że ten system budowania pozwala na rozkład sal szpitalnych, jakoteż mieszkań w zwykłych domach, zupełnie dogodny i wcale nie gorszy, niż przy dotychczasowym systemie budowania. Techniczną stronę sprawy objaśniają rozdziały, napisane przez Nussbauma, profesora higieny w politechnice w Hanowerze i inżyniera Bechera z Berlina. Pierwszy podaje informacye, jakich materyałów należałoby użyć do takiej budowy (najlepszy i najtańszy byłby tuf wapienny), jak budynek taki zabezpieczać od wpływów atmosferycznych, jak rozwiązać rozmaite szczegóły techniczne i t. d.; drugi zestawia ściśle techniczne obliczenia konstrukcyjne, oraz przytacza kilka kosztorysów (szpital na 100 łóżek bez urządzenia wewnętrznego 370.000 marek, jedno łóżko zatem tylko 3.700 marek). W końcu Dr Bardswell, dyrektor sanatoryum im. króla Edwarda VII w Midhurst, zbudowanego takim systemem, podaje opis budynku i sprawozdanie z kilkoletniej czynności sanatoryum.

Jaki wpływ wywrze książka Sarasona na budownictwo szpitalne i miejskie, niepodobna dziś przewidzieć. Jeżeli się ten system rozpowszechni, — a wobec postępów nowoczesnej techniki budowle takie nie przedstawiają trudności i nie wypadną drożej od systemów dotychczasowych, — to nazwisko Sarasona stanie się głośne. Dlatego nie zaszkodzi tu zapisać, że w podobny sposób zbudowane sanatoryum istnieje od lat kilkunastu..... w Polsce. Jest to zakład »Goplana« Dr Kozłowskiego w Ojcowie. Zakład ten zbudował Ludwik hr. Krasiński według projektu p. Chylińskiego w r. 1886/7, a więc na 16 lat jeszcze przed pierwszym pomysłem Sarasona. C.

## Piśmiennictwo bieżące.

### Medycyna wewnętrzna.

Horner. **O ciśnieniu krwi w schorzeniach nerek.** (Wien. med. Woch. 1913 Nr 24). Objawy kliniczne, spostrzegane w narządzie krążenia w przebiegu zapalenia nerek, przedstawiają pewne różnice, zależnie od tego, czy zapalenie nerek jest ostre, czy przewlekłe. W ogólności stwierdza się, że zapalenie nerek śródmiąższowe wiedzie do przewlekłego wzmożenia ciśnienia; również i w przewlekłych postaciach, które przechodzą w marskość, spotyka się wysokie ciśnienie. Natomiast zapalenia nerek miąższowe wywołują tylko w okresie poduremicznym ostre podniesienie ciśnienia; w przypadkach ostrego zapalenia nerek może również ciśnienie wzmagać się. Przypadki marskości nerek bez zwiększonego ciśnienia opisywano rzadko. W przewlekłych zapaleniach miąższowych wzmożone ciśnienie nie jest tak stałym objawem, jak w śród-

miąższowych. Przy nerce skrobiowatej, zapaleniu miedniczek lub przy zapaleniu nerek i miedniczek brak z reguły wzmożenia ciśnienia, przy roponerczu może się zdarzyć, lecz znika w miarę znikania sprawy ropnej. Co do przyczyn, wywołujących wzmożenie ciśnienia, zdania są podzielone. Oprócz mechanicznej teoryi Traube-Cohnheima, znajduje i chemiczna teorya Brighta wielu zwolenników. N.

Binswanger. **Odczyn Abderhaldena u chorych na padaczkę.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 42). Wyniki badań autora są następujące: W napadzie padaczkowym typowo rozwiniętym stwierdza się stale w surowicy krwi chorego zaczyny ochronne przeciw substancyi kory mózgowej. Z faktu tego wynika, iż możliwem jest odróżnienie na drodze serodyagnostycznej napadu padaczkowego od histerycznego. Jeśli w okresach poza napadami nie stwierdza się zaczynów ochronnych, to przemawia to według doświadczeń Binswangera za tem, że w danym przypadku nie zachodzi żadna postępująca sprawa anatomiczna, oraz że nie należy się obawiać postępującego zapadu psychicznego. Ujemny wynik odczynu Abderhaldena w okresach poza napadami może być też i przez to spowodowany, że rozpad tkanki mózgowej bywa zakryty przez sprawy rozpadowe w innych narządach. W równoważnikach padaczkowych, stanach zamroczenia i t. p. nie stwierdza się, jak dotąd, obecności zaczynów. N.

Plate. **Meningitis saturnina.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 42). Autor opisuje przypadek, dotyczący pewnego robotnika, który leczył się dawniej na kolkę ołowiczą, dłuższy jednak czas nie oddawał się zajęciu w fabryce ołowiu i nagle zachorował wśród objawów zapalenia opon: bóle głowy, sztywność karku, lekkie zamroczenie świadomości, później wymioty i gorączka. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego wynosiło 440 mm, płyn zaś sam zawierał liczne limfocyty. We krwi stwierdzono liczne ciałka czerwone z ziarnistością bazofilną. Po silnej biegunce i krwotoku z nosa nastąpiło polepszenie i objawy powoli znikły; ciśnienie mózgowo-rdzeniowe dłuższy czas było wzmożone, a płyn zawierał sporo limfocytów. N.

Dreyfuss. **Wstrzykiwania zgęszczonych rozczynów starego salwarsanu z pomocą strzykawki.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 42). Wstrzykiwania zgęszczonych rozczynów salwarsanu z pomocą strzykawki (w ilości 0·1 do 0·5 w 35 cm³ wody dwa razy przekroplonej) przedstawiają większe korzyści, niż powszechnie stosowane wlewania dużych ilości płynu. Odczyny, tak przedmiotowe, jakoteż i podmiotowe, są znacznie słabsze; obciążenie krążenia jest mniejsze z powodu mniejszej ilości wstrzykniętego płynu; dalej zdaje się, że zgęszczone rozczyny salwarsanu dłużej zostają zatrzymane w ustroju. Dla lekarza zaś, jakoteż dla chorego, wstrzykiwania z pomocą strzykawki są wygodniejsze i przyjemniejsze. Technika jednak tych dożylnych wstrzykiwań musi być bez zarzutu, gdyż nacieki salwarsanowe w tkance okołożylnej są boleśniejsze i niebezpieczniejsze, niż po wstrzykiwaniach rozczynów nie zgęszczonych. N.

Katz. **Wstrzykiwanie zgęszczonego neosalwarsanu do żyły.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 42). Wstrzykiwania zgęszczonego neosalwarsanu mają silniejsze od wlewań działanie lecznicze, które jest równe prawie działaniu salwarsanu. W 24 godziny po wstrzyknięciu nie można w wykwitach kiłowych znaleść już krętków. Wpływ na odczyn Wassermanna jest wybitny. Sposób ten jest najlepszym ze wszystkich dotychczasowych sposobów stosowania salwarsanu z powodu łatwej techniki, braku następstw, oraz wybitnego działania leczniczego. N.

Gambaroff. **Rozpoznawanie złośliwych nowotworów i ciąży z pomocą sposobu Abderhaldena.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 30). Badania 32 surowic normalnych i surowic ciężarnych sposobem Abderhaldena dały wyniki bez zarzutu; wśród 50 surowic chorych na nowotwory złośliwe, raz jeden tylko spotkał autor mylne rozpoznanie. W przypadku tym chodziło o zakażenie kiłowe przy równoczesnym dodatnim odczynie co do raka. Autor stwierdził prócz tego w swych badaniach ciekawy fakt, że surowice chorych na raka oddziaływały tylko na białko rakowe, a nigdy nie oddziaływały na tkankę mięsakową i naodwrót surowice chorych na mięsaka dawały z tkanką rakową zawsze odczyn ujemny, a z białkiem mięsakowem zawsze dodatni. N.

Pavlos Az. Petridis. **Serodyagnostyka nowotworów według Dungerna.** (Münch. med Woch. 1913, Nr 24). Na podstawie wyników badań 91 przypadków nowotworów wysnuwa autor następujące wnioski: Raki żołądka dają najlepsze wyniki; na 12 badanych raków żołądka 10 oddziaływało dodatnio, 1 ujemnie, a 1 wątpliwie. Na 7 przypadków przerostu sterczu, u których klinicznie nie było danych wskazujących na złośliwość sprawy, co zresztą operacyjnie lub mikroskopowo było potwierdzone, wszystkie oddziaływały ujemnie; podobnie 5 przypadków kamicy żółciowej oddziaływało ujemnie; to samo tyczyło się 4 przypadków wola. Z 11 przypadków gruźlicy chirurgicznej 8 oddziaływało ujemnie, a 3 dodatnio; ten fakt potwierdza dawniejsze przypuszczenia, że z pośród różnych schorzeń, gruźlica najczęściej daje odczyn dodatni. Z nowotworów rak odbytnicy daje najgorsze wyniki. Autor badał trzy raki odbytnicy i wszystkie trzy dawały wyraźną hemolizę; lepsze wyniki dają nowotwory innych części przewodu pokarmowego; na 4 przypadki, 3 oddziaływały dodatnio, a 1 ujemnie. Z 17 przypadków nowotworów złośliwych 13 dawało dodatni, 3 ujemny, a 1 wątpliwy wynik. Z 19 przypadków innych schorzeń 16 oddziaływało ujemnie, a 3 dodatnio. N.

Fischer. **Choroba morska a wagotonia.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 30). Podobieństwo objawów choroby morskiej do objawów, jakie autor spostrzegał po drażnieniu n. błędnego zapomocą fizostygminy naprowadziło go na myśl zastosowania atropiny w chorobie morskiej. Po wstrzyknięciu $^3/_4$ — 1 mg nastąpiła w 52 przypadkach uderzająca poprawa. Badanie w kierunku obecności objawów ze strony n. błędnego (puls. irreg. respirat., objaw Aschnera) wykazały, że przedewszystkiem ci ludzie szybko i ciężko zapadają na morską chorobę, u których klinicznie stwierdza się wrażliwy n. błędny. Prawie wszystkie objawy choroby morskiej dadzą się wytłómaczyć jednem podrażnieniem układu nerwowego autonomicznego. N.

Hoesslin. **Limfocytoza u asteników i neuropatów i jej znaczenie kliniczne.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 21 i 22). Limfocytoza występuje, podobnie jak w cukrzycy, otyłości i chorobie Basedowa, także i u asteników, neuropatów oraz w wielu nerwicach. Wskazuje ona wogóle na jakieś zaburzenie czynnościowe układu limfatycznego, grasicy i gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Astenię zaś i inne stany neuropatyczne należy odnieść do stanu limfatycznego lub grasiczo-limfatycznego ze współudziałem innych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Zaliczenie tych stanów do skaz jest usprawiedliwione, o ile pod skazami rozumiemy nabytą, konstytucyonalną skłonność gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu do dysfunkcyi; przez to określenie zrozumiałą będzie przynależność różnych skaz. Korzystne działanie arszeniku w niektórych stanach neuropatycznych odnieść należy do wpływu na układ limfatyczny, który objawia się tem, że usuwa limfocytozę i leukopenię neutrofilną. N.

## Chirurgia.

Herzfeld. **Alkohol celem zapobiegania ostremu zatruciu kokainą.** (Zbl. f. Chir. 1913, Nr 44). Kokaina, stosowana miejscowo, nieraz wywołać może ostre objawy zatrucia. Przeciwko temu okazał się zbawiennym środkiem alkohol i H. stosuje zawsze na $^1/_4$ godziny przed wstrzyknięciem kokainy 25—50 cm³ whisky lub koniaku,

ew. przy dłuższych operacyach podaje choremu drugą porcyę. Od czasu stosowania alkoholu nie spostrzegał H. ubocznych działań kokainy. K.

Seemann. **O przebiegu i zejściu gruźlicy kręgosłupa.** (Beitr. zur klin. Chir. 87. I). Najczęściej ulega zajęciu gruźlicą część kręgosłupa na pograniczu kręgów piersiowych i lędźwiowych; rzadko spotyka się tu zaburzenia nerwowe, które występują z reguły przy schorzeniu kręgów szyjnych. W połowie przypadków pojawiają się ropnie. Śmiertelność wynosi około 52%. W przypadkach rozpaczliwych prowadzi sprawa mniej więcej w 4 lata do śmierci. Ropnie i porażenia występują częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Pogarsza znacznie rokowanie obecność innych ognisk gruźliczych w ustroju, a nawet stanowią one często główną przyczynę śmierci. K.

Garré. **O leczeniu gruźlicy stawów i kręgosłupa.** (Beitr. zur klin. Chir. 87. I). Przedewszystkiem dbać należy o podniesienie odżywienia i stan ogólny. Leczenie promieniami Röntgena nie oddaje tu dobrych usług. Przy gruźlicy stawu biodrowego pierwsze miejsce zajmuje leczenie zachowawcze, zwłaszcza opatrunek gipsowy do chodzenia, przy przykurczeniach wyciąg, przy ropniach wstrzykiwania mieszanki. Wycięcie stawu wykonywa się tylko ze wskazań życiowych. Natomiast przy gruźlicy stawu kolanowego, zwłaszcza u starszych, wycięcie daje 92% wyleczeń, podobnie przy gruźlicy stopy, gdzie zachowawczo leczyć należy tylko przypadki świeże przy dobrym stanie ogólnym, jeżeli niema rozległego zniszczenia kości ani martwaków. Gruźlica stawu barkowego i łokciowego u starszych wymaga nieraz resekcyi, podobnie gruźlica stawu nadgarstkowego. K.

Nussbaum. **O leczeniu gruźlicy stawu biodrowego.** (Beitr. zur klin. Chir. 87. I). Leczenie zachowawcze gruźlicy stawu biodrowego, zwłaszcza w wieku młodym, zajmuje pierwsze miejsce i daje nawet w ciężkich przypadkach niezłe wyniki. Śmiertelność wynosi tu przy leczeniu zachowawczem 33·9%, a po resekcyi stawu 46·2%. Należy w razie ropni częściej nakłuwać, niż to zwykle się czyni. Wskazaniami do operacyi są: ciężkie ropienie, stałe pogarszanie się stanu miejscowego i ogólnego, ciągłe bóle i duże martwaki. W 1/4 przypadków wykazać się daje usposobienie dziedziczne. K.

Riehl. **Rak, a rad.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń 1913). Na podstawie doświadczenia szpitala wiedeńskiego dochodzi R. do wniosku, że rad działa korzystnie jedynie przy rakach powierzchownych. Działanie to jest czysto miejscowe i przy przerzutach nie ma mowy o działaniu dalszem. Przy silniejszem naświetlaniu występuje uszkodzenie także tkanek zdrowych, a nawet całego ustroju. K.

Wertheim. **Rad w ginekologii.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń 1913). W. nie ma wcale zaufania do leczenia radem raków macicy. Równą poprawę można osiągnąć przypalaniem lub wyskrobaniem. Energiczne leczenie radem działa źle na cały ustrój, a za wolne wywołuje znów często szybszy wzrost guza. K.

Ranzi. **Rad w chirurgii.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń 1913). R. stosuje leczenie radem z wielką rezerwą i jest tego zdania, że nadaje się ono tylko do przypadków nieoperacyjnych lub po operacyach dla leczenia uzupełniającego. Rad działa czysto miejscowo, a takie leczenie nie godzi się z obecnemi naszemi pojęciami o genezie raka. Energiczne działanie radu może zgubnie odbić się nawet na całym ustroju. Wyleczenia są nieraz pozorne, a często leczenie to wywołuje wprost wzrost nowotworu. K.

Hofmann. **W sprawie leczenia ostrego zapalenia trzustki.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 44). Dotychczasowy sposób operowania trzustki nie jest dobry, bo proste nacięcie torebki i tamponada nie zdoła tak odciągnąć wydzielin na zewnątrz, by nic z trujących substancyi nie dostawało się do krwi. Dlatego też radzi H. sposób doszczętny, który zastosował już w jednym przypadku ze skutkiem pomyślnym; polega on na zupełnem poprzecznem przecięciu trzustki na granicy części schorzałej. Wycięcie (resekcya) części zmienionej nieraz natrafia na wielkie trudności; występują silne krwotoki, dlatego też nie próbuje H. resekcyi, bo i tak obumarła tkanka oddzieli się z czasem sama; przecięcie trzustki znosi odrazu i na pewno możność wsysania się toksyn. Ostre zapalenie trzustki cechuje podług H. ból w postaci pasa wzdłuż lewego łuku żebrowego. K.

Sauerbruch. **Postępy w chirurgicznem leczeniu chorób płucnych.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 34—35) Znaczny postęp w chirurgicznem leczeniu chorób płucnych datuje się dopiero od r. 1903/4, kiedy Mikulicz podjął myśl operowania pod zmiennem ciśnieniem w klatce piersiowej. Stosuje się obecnie w tym celu dwie metody: 1) t. zw. ciśnienie ujemne, t. j. rozcieńczanie nad płucem powietrza w osobnych kamerach, by płuco się nie zapadało po otwarciu klatki piersiowej; 2) ciśnienie dodatnie, polegające na wpędzaniu do płuc powietrza o silnem ciśnieniu, które rozdyma płuca. Bardzo często operuje się obecnie bez uśpienia, przez co odpada niebezpieczeństwo aspiracyi. Z cięcia międzyżebrowego dojść można dobrze do płuc; pole operacyjne rozszerzają specyalne klamry żebrowe. Zamyka się klatkę piersiową z powrotem szwami, przechodzącymi koło żeber lub przez żebra. Przed ostatnim szwem rozdyma się zwykle zapomocą ciśnienia płuco tak, by doszło do powierzchni opłucnej ściennej. Po operacyi stosuje się ćwiczenia oddechowe, podaje się morfinę i stosuje wdychiwania leków. Pierwszem polem dla chirurgii płuc są zranienia. Operuje się w razie poważnego uszkodzenia płuca, gdy grozi niebezpieczeństwo dla życia z krwotoki. lub odmy opłucnej. Szew płuc oddaje tu znakomite usługu Płuco szyje się szwami, podobnymi do szwów Lemberta, cienkim jedwabiem. Podwiązywać można w razie krwotoku bez obawy nawet większe gałęzie tętnicy i żyły płucnej. Często też obecnie interweniować trzeba przy równoczesnem zranieniu trzew brzusznych i piersiowych. Dojście z klatki piersiowej do brzucha jest dogodniejsze, niż naodwrót. Z nowotworów operuje się pierwotne lub wtórne raki, ew. nowotwory, które przeszły z otoczenia w głąb klatki piersiowej (mięsaki żeber, przerzuty raka sutka). Natomiast nie jest S. zwolennikiem t. zw. operacyi Freunda przy rozedmie płuc. Uruchomienie klatki piersiowej nie sprawia tego skutku, na jaki z początku liczono. Wdzięczniejszem już polem są ostre i przewlekłe ropnie płuc i opłucnej. Rozpoznanie i określenie siedziby ułatwiają tu znakomicie promienie Röntgena. Większe trudności sprawia sprawa chirurgicznego leczenia jam oskrzelowych. Rzadko udaje się tu osiągnąć zupełne wyleczenie, nieraz powstaje przetoka, ale i tak osiągnąć można wybitną poprawę stanu. Przy ograniczonych sprawach w płacie dolnym próbować można operacyjnego porażenia przepony. Gdy chodzi o wybitne zmniejszenie płuc, można próbować podwiązania tętnicy płucnej, w ciężkich przypadkach pozostaje tylko amputacya płatu. Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc robi ciągle postępy. Operacya Freunda może znaleźć zastosowanie tylko w samych początkach gruźlicy szczytów, zresztą stosować trzeba rozległe wycinanie żeber celem ucisku płuca. Przedtem próbuje się leczenia odmą sztuczną. Operujemy obecnie dwuczasowo, nieraz w znieczuleniu miejscowem, przez co zabieg staje się mniej niebezpiecznym nawet u chorych osłabionych. Świeże ogniska w płucu drugiem są przeciwwskazaniem do operacyi, natomiast operować można przy krwiopluciu i gorączce. Unieruchomienie dolnego płatu uzyskać można także przez frenikotomię. W ostatnich czasach podano sposoby plombowania opłucnej. Płuco oddziela się od klatki piersiowej i pozostałą przestrzeń plombuje. Dotychczasowe próby przemawiają za tym sposobem leczenia. K.

Rollier. **Leczenie gruźlicy chirurgicznej światłem słonecznem. Działanie jego w głąb pod kontrolą promieni Röntgena.** (Zeitschr. f. orthop. Chirurgie T. 116, str. 643; porównaj także Wien. klin. Woch. Nr 28, 1912). Właściwymi czynnikami leczniczymi klimatu alpejskiego są: wysoka zawartość promieni pozafiołkowych, suchość powietrza, znaczna siła bakteryobójcza słońca. W rachubę wchodzi długotrwałość działania promieni słonecznych w lecie, spotęgowanie tego działania w zimie skutkiem promieniowania śniegów i lodów. Dalszymi czynnikami jest działanie podniecające powietrza górskiego, zawartość ozonu i radu. Natężenie promieni pozafiołkowych jest prawie to samo latem, jak zimą, dlatego leczenie nie ulega przerwie. Pierwszym skutkiem działania słońca jest zabarwienie czyli opalenie skóry, jako wynik działania promieni pozafiołkowych; odporność chorego stoi w prostym stosunku do stopnia jego opalenia się, ten sam stosunek istnieje co do wyników leczenia, ważną rolę odgrywa również przekrwienie, wywołane działaniem słońca. Co do wskazań i sposobów stosowania tego leczenia, to najważniejszem jest zamknięta gruźlica chirurgiczna; wedle doświadczeń R. (700 przypadków w ciągu lat 9) na skutek pomyślny można liczyć w każdym wieku. Postępowanie przy gruźlicy stawowej polega na unieruchomieniu stawu w położeniu obojętnem. Przy zmianach kręgów stosuje się naświetlanie słońcem przy ułożeniu chorego na brzuchu, przy gruźlicy stawu biodrowego i kolanowego w opatrunku wyciągowym.

Pod działaniem słońca znikają ropnie gruźlicze, powraca czynność stawów gruźlicą dotkniętych. Jednym z pierwszych objawów działania miejscowego promieni słonecznych jest ich wpływ kojący bóle, dalszym — wpływ »rozdzielający«, szczególnie uwydatniający się na gruczołach i martwakach, pod wpływem słońca bowiem całe pakiety gruczołowe, nawet zropiałe, i martwaki kostne zostają wydalane. Również korzystne jest oddziaływanie na zmiany gruźlicze otrzewnej, szczególnie na zmiany serowate, na gruźlicę jelita ślepego, wreszcie na wrzody gruźlicze jelit. Korzystnie brzmią także spostrzeżenia R. co się tyczy gruźlicy jąder i błon śluzowych. Wyniki postępowania kontrolowano dokładnie promieniami Röntgena. R. omawia także próby stosowania helioterapii na nizinach, podnosząc wartość zapobiegawczą działania słońca. Rzecz objaśnia statystyka 650 przypadków, a to 355 u dorosłych, 295 u dzieci. T. Gabryszewski.

Bardenheuer. **Leczenie słońcem gruźlicy obwodowej, w szczególności gruźlicy stawów.** (Strahlentherapie Tom II S. 211). B. przedstawia wyniki leczenia słonecznego w szpitalach w Kolonii w myśl wskazań i metody Rolliera. Materyał stanowiło 46 przypadków, z tego 40 gruźlicy. Szczególnie pomyślne wyniki dają przypadki, gdzie mimo długotrwałego leczenia chirurgicznego n. p. resekcyi stawu i następowych resekcyi nie można było osiągnąć wyleczenia. Tak przy całkowitej resekcyi stawu biodrowego skutkiem gruźlicy panewki, jak i w innych wprost rozpaczliwych przypadkach osiągnął B. naświetlaniem zupełne wyleczenie. Odpowiada to działaniu zabójczemu słońca na wszystkie rodzaje drobnoustrojów, szczególnie ropnych. Między 40 przypadkami gruźlicy było 10 lekkich, lub takich, które jedynie przez kilka dni było można naświetlać; te B. wyłącza ze sprawozdania. Z 30 pozostałych było 19 bardzo ciężkich, 11 średnio ciężkich. Za bardzo ciężkie uważa B. takie, gdzie istnieje kilka ognisk gruźlicy obok gruźlicy dużego stawu, lub gdzie obok ogniska gruźliczego stawowego lub kręgów istnieje otwarte ropienie, wreszcie, gdzie jest kilka stawów zajętych. Za średnio ciężkie uważa B. przypadki, gdzie istnieje zamknięta gruźlica dużego stawu, lub po resekcyi pozostałe skąpo sączące przetoki lub zamknięty ropień opadowy przy gruźlicy kręgu, wreszcie gruźlica kilku małych stawów.

Wynik leczenia słońcem był wśród 19 przypadków ciężkiej gruźlicy 13 razy znakomity; w 7 przypadkach dokładne wyleczenie, w 7 skutek dobry, ale przypuszczalne pogorszenie po zaprzestaniu zabiegów. Te przypadki wymagają w zimie leczenia w górach. Już to odpowiada zarazem na pytanie, czy i na nizinach da się gruźlica słońcem leczyć. W 6 przypadkach uzyskał B. tylko poprawę, w 3 wyraźną, 2 razy znaczną, 2 przypadki wymagały dalszego leczenia w górach. Najgorsze wyniki były w przypadkach obficie sączących ropni opadowych przy gruźlicy kręgów. O ostatecznym wyniku stanowi obecność i stopień gruźlicy płuc. We wszystkich przypadkach, nawet w tych, gdzie początkowo działanie słońca było nieznaczne, n. p. przy obficie wydzielających przetokach, najpierw poprawiał się stan ogólny, a przy pięknych dniach letnich występowała i wyraźna poprawa miejscowa; ropienie zmniejszało się wyraźnie. Tam, gdzie dla braku odpowiednich urządzeń możliwe było tylko miejscowe naświetlanie, — przebieg był mniej dobry; leczenie słońcem powinno być zatem całkowite. T. Gabryszewski.

Poncet i Leriche. **Helioterapia.** (Acad. de med. T. 47 p. 114). Autorzy spostrzegali znakomite wyniki helioterapii nietylko przy sprawach gruźliczych, ale też przy ranach zakażonych, przewlekającem gojeniu się złamań, w zaburzeniach troficznych i t. d. Przy cierpieniach stawów konieczne jest równoczesne ustalenie. Wniosek różnych autorów francuskich i niemieckich (Bardenheuer), by chore dzieci wysyłać dla leczenia słonecznego do Szwajcaryi, uważają autorowie za zupełnie zbyteczny. »Słońce świeci dla każdego«, leczenie może też wszędzie być prowadzone. Polecenia są godne tylko werandy i galerye, ku południowi zwrócone. T. Gabryszewski.

## Neurologia i psychiatrya.

N. I. Afanasiew. **O wstrzykiwaniach pod oponę twardą.** (Z kliniki Bechterewa w Petersburgu). (Obozrjenie psich. i new. 1912. Październik). Naturalny prąd płynu mózgowordzeniowego kieruje się, jak wykazał Quincke, z III komory przez wodociąg Sylwiusza do IV komory, łącząc się za pośrednictwem otworu Magendie i Luschki z przestrzenią podpajęczynówkową całego mózgu i odpływając wzdłuż pochewek nerwowych i ziarn Pachiona w zatoki żylne. Wydzielanie płynu mózgowordzeniowego odbywa się w splotach żylnych (plex. chorioideus), co przypuszczał Quincke, a ostatecznie udowodnili inni badacze. Barwiki ze krwi zwykle nie dostają się do płynu mózgowordzeniowego, który nie zabarwia się nawet przy najcięższej żółtaczce. Wyjątek z tej reguły stanowią te przypadki, w których uszkodzony jest splot żylny lub zmienione chorobowo opony. Z tego wynika, że, o ile nie mamy do czynienia z dopiero co wspomnianemi zmianami, to leki, wewnętrznie podane, do ośrodków nerwowych albo wcale się nie dostają, albo dostają się w nader słabem tylko zgęszczeniu, co znowu nasuwa myśl wprowadzania ich wprost pod opony. Autor wykonał w pracowni Bechterewa szereg doświadczeń na psach, którym poprzednio wszyto moczowody w skórę brzucha. Następnie w uśpieniu eterowem lub morfinowem (w późniejszych doświadczeniach bez uśpienia, gdyż przekonano się, że opóźnia ono wydzielanie się moczu) wprowadzano psom przez otwór trepanacyjny, lub przez nakłucie lędźwiowe w przestrzeń podoponową mózgową lub rdzeniową po 3—4 cm³ 3% rozczynu jodku potasu i podwiązawszy pod ujście moczowodu lejek, badano spływający mocz co do obecności jodu co 5—7 minut. Po wstrzyknięciach pod opony rdzeniowe stwierdzano jod w moczu zwykle już po upływie 20—35 minut w ciągu pierwszych 48 godzin po zabiegu. Po wprowadzeniu rozczynu pod opony mózgowe odczyn zjawiał się nieco później (w 35—40 minut). Uśpienie morfinowe lub chloroformowe znacznie opóźniało wystąpienie odczynu, który w takich razach dawał się wykazać dopiero mniej więcej po upływie 5 kwadransów; w podobny sposób działało zmieszanie rozczynu jodku potasu z zawiesiną tuszu. Wogóle zaś przy podoponowem wprowadzaniu jod w moczu zjawiał się później, niż przy wprowadzaniu drogą wstrzykiwań podskórnych. — Z ogólnych objawów zauważono podniesienie się ciepłoty o 1—2°, ślinotok, stan półsenny. Niektóre zwierzęta lizały ustawicznie okolicę odbytu i części płciowych, jak gdyby czuły tam swędzenie. Niekiedy występował niedowład tylnych kończyn, u jednego psa zaś, któremu autor zamiast rozczynu jodowego wstrzyknął 1 mgr. sinku rtęciowego pod opony rdzenia, prócz tego jeszcze zauważono objawy menieryzmu oraz toniczne kurcze mięśni grzbietowych. Podobne przypadłości, tylko w słabszym stopniu, występowały po wstrzyknięciu hyrgofermentu Heydena, a wszystkie przechodziły zwykle po upływie najwyżej dni paru.

Po zakończeniu seryi doświadczeń na zwierzętach przystąpił autor do prób leczniczych u ludzi: 1) 23-letniemu choremu z przymiotowem zapaleniem rdzenia, któremu leczenie rtęciowe i salwarsanowe tylko niewielką i przemijającą ulgę przyniosło, wstrzyknięto podoponowo w okolicę lędźwiową 1 cm³ rozczynu $^{1}/_{1000}$ hydrarg. cyanati, a w 6 i 9 tygodni później po 2 cm³ hyrgofermentu Heydena. Chory oddziaływał na te zabiegi podniesieniem ciepłoty do 38·9, drgawkami w dolnych kończynach, bolesnością w miejscu ukłucia, bolem głowy, wymiotami, ogólnem niedomaganiem. Wszystko to jednakże trwało tylko dni kilka, poczem stan chorego uległ znacznemu polepszeniu, zwłaszcza w sferze zaburzeń ruchowych. 2) Chory na wiąd rdzenia od 3 lat mniej więcej, otrzymał w ciągu $2^{1}/_{2}$ miesięcy w podobny sposób także jedno wstrzyknięcie hydrarg. cyanati i 2 wstrzyknięcia hyrgofermentu. Tutaj po ustąpieniu odczynu, wyrażającego się podobnemi przypadłościami jak w pierwszym przypadku, zauważono jedynie tylko podmiotową poprawę.

Autor przypuszcza, że objawy uboczne, występujące po podoponowych wstrzyknięciach sinku rtęci w silniejszym, po wstrzyknięciach hyrgofermentu Heydena zaś w słabszym stopniu, stoją w związku ze zmianami płynu mózgowordzeniowego, w którym zamiast limfocytów zjawiają się w znaczniejszej ilości leukocyty i zaleca ostrożność przy stosowaniu tej metody. Trzebiński (Kijów).

Michajłow i Gorielow. **Metody usypiania przy pomocy elektryczności.** (Obozr. psich. i new. 1912. Listopad i grudzień). W instytucie Bechtjerewa dla badań nad alkoholizmem, gdzie trzeba usypiać w celach leczniczych nieraz po kilkudziesięciu chorych dziennie, wypracowano metodę i stworzono urządzenia pomocnicze, ułatwiające wprawienie chorego w dostatecznie głęboki sen hypnotyczny. Metody te, działające przeważnie drogą zmęczenia narządów wzrokowych i słuchowych, dzielą się na 2 kategorye. Pierwszą kategoryę stosuje się w umyślnie do tego celu urządzonych pokojach. mogących pomieścić 10 lub więcej osób. Ściany w nich pomalowane są na jaskrawo czerwony albo niebieski kolor, stosownie do tego, czy tam ma się usypiać chorych, znajdujących się w stanie przygnębienia, czy też podniecenia. Podłogi wysłane linoleum; drzwi zawieszone grubemi kotarami, tłumiącemi wszelki hałas zewnętrzny. Okien niema, natomiast na ścianach, mniej więcej $2^{1}/_{2}—2^{3}/_{4}$ metra nad podłogą, w znacznej liczbie różnokolorowe elektryczno-żarowe lampki. Prócz tego w każdym takim pokoju znajduje się metronom. Chorzy, siedząc na wygodnych fotelach, wpatrują się w lampki i wsłuchują w miarowe uderzenie metronomu. Osiągnąwszy w ten sposób dostateczny stopień zmęczenia wzroku i słuchu, łatwo już wywołać hypnozę drogą prostego poddania. Jednakże takie postępowanie niezawsze wiedzie do celu. Niektórzy chorzy, wpatrując się w kolorowe lampki, podniecają się, zamiast się uspokajać. Wówczas trzeba uciekać się do innych sposobów. Jednym pomaga miesienie wibracyjne zapomocą przyrządu, umieszczonego pod poduszką kanapy, na której chory spoczywa. Innych uspokaja znowu strumień ciepłego powietrza, puszczany prosto w twarz z przyrządu »Föhn«. W jeszcze innych przypadkach chory zamyka oczy pod wpływem prosto nań skierowanego światła z elektrycznego projektora, a lekarz drogą poddawania zamienia ten odruch w początek drzemki hypnotycznej. Niekiedy znowu ten sam cel osiąga się przy pomocy d'Arsonvalizacyi lub elektrycznego tuszu na maszynie statycznej. Naturalnie wszystkie te metody odgrywają zawsze tylko rolę środków pomocniczych, mogących wzmocnić działanie poddawania, lecz nie mających pretensyi, by zastąpić poddawanie. Autor przytacza cały szereg historyi chorych, którzy byli leczeni i uleczeni hypnozą, wywołaną przy współdziałaniu wyżej wymienionych sposobów, chociaż poprzednio bez ich stosowania ci sami chorzy nie dawali się zahypnotyzować. Trzebiński (Kijów).

I. Michajłow. **Unerwienie naczyń krwionośnych w związku ze sprawą regulacyi ciśnienia krwi i rozmieszczenia jej w ustroju.** (Obozrj. psich. i new. 1912. Listopad, grudzień). Autor, streściwszy literaturę, powołuje się na swoje poprzednie prace w piśmie Newrologiczeskij Wiestnik 1908 r. i Folia neurobiologica 1909 r. Prace te wykazują, że ściany naczyń krwionośnych różnego kalibru zawierają końcowe nerwowe przyrządy dwojakiego rodzaju, a mianowicie w postaci dendrytów, w postaci pętli; natomiast w naczyniach włosowatych wogóle żadnych końcowych narządów nerwowych wykryć nie można. Pomimo tego naczynia włosowate wcale nie są pozbawione zdolności odruchowej, a to dzięki temu, że w typowych ciałkach Vater-Paciniego obok narządów nerwowych, w tej samej torebce mieszczą się kłębuszki naczyń włosowatych. U człowieka i niektórych zwierząt w typowem ciałku Paciniego zakończenie nerwowe składa się z kłębuszków, z których jeden zawiera myelinowe, drugi zaś pozbawione myeliny włókienka. Otóż w celu wyjaśnienia pochodzenia tych zakończeń nerwowych autor przeprowadził szereg do-

świadczeń na kotach. Otworzywszy w uśpieniu morfinowo-chloroformowem jamę brzuszną zwierzęcia, w jednej seryi doświadczeń wycinano splot słoneczny, w drugiej zaś, pozostawiając go nietkniętym, wycinano na przestrzeni 1—1½ cm nerwy trzewne (nn. splanchnici) pomiędzy splotem słonecznym a przeponą. Zwierzęta zabijano po upływie 3—5 tygodni i badano mikroskopowo krezkę, a przedewszystkiem mieszczące się w niej ciałka Vater-Paciniego, barwiąc preparaty według 2 metod. Stosowano mianowicie: 1) wypracowaną przez autora metodę barwienia błękitem metylenowym, 2) zmodyfikowaną metodę Marchiego. Pierwsza uwidocznia tylko żywą, druga zwyrodniałą tkankę nerwową. Otóż u zwierząt, którym poprzednio wycięto obustronnie części nerwów trzewnych, nie barwiły się w typowych ciałkach Paciniego krezki błękitem metylenowym włókna myelinowe; natomiast przy stosowaniu sposobu Marchiego dawało się wykazać w tych włóknach zwyrodnienie, nie mające zaś myeliny włókna barwiły się prawidłowo. U zwierząt, u których wycięto splot słoneczny, przy barwieniu błękitem wogóle nie można tam było wykazać żadnych zakończeń nerwowych, metoda Marchiego zaś dawała wynik dodatni.

Spostrzeżenie to doprowadza autora do wniosku, że włókna myelinowe w ciałkach Paciniego krezki przechodzą tylko przez splot słoneczny, dostając się tam z nerwów trzewnych, a pochodząc, co wykazały inne doświadczenia, z międzykręgowych zwojów piersiowej części kręgosłupa. Przeciwnie włókna nerwowe, otoczki rdzeniowej nie posiadające, biorą początek w zwojach samego splotu słonecznego. W ten sposób stwierdzić możemy istnienie dwu dróg odruchowych: krótkiej, sympatycznej i długiej, przechodzącej przez ośrodki nerwowe. Samą zaś sprawę odruchową przedstawia sobie autor w sposób następujący. W chwili, w której w pewnej okolicy, a więc dajmy na to w krezce, podnosi się z jakichkolwiek przyczyn ciśnienie krwi, w kłębuszkach naczyń włoskowatych, mieszczących się w ciałkach Paciniego, zaczyna się odbywać wzmożona filtracya osocza krwi, czego następstwem jest napęcznienie całego ciałka, działające znowu drażniąco na końcowe narządy nerwowe, zamknięte we wspólnej torebce. Podrażnienie owo drogami powyżej wymienionemi dostaje się do odpowiednich ośrodków, pobudzając je do właściwej regulacyi ciśnienia krwi. Tak więc ciałka Paciniego występują w roli regulatorów, czyli raczej registratorów ciśnienia; natomiast zakończenia nerwowe w ściankach naczyń krwionośnych służą, zdaniem autora, innym celom.

I. Trzebiński (Kijów).

## Sprawy Towarzystw naukowych

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie w dniu 12. XI. 1913.**

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 80.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Odczytano list Dra Alfreda Sokołowskiego, nadesłany na ręce prezesa, który opiewa:

»Za tak niezwykłe odznaczenie, jakie mnie ze strony Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego z okazyi mojej 40-

letniej skromnej pracy na niwie lekarskiej, spotkało, ośmielam się wszystkim Członkom Towarzystwa złożyć wyrazy wdzięczności i głębokiego szacunku«.

3) Prezes zawiadamia: a) o wysłaniu telegramu na obchód czterdziestoletniego jubileuszu pracy zawodowej Dra Mikołaja Rejchmana; b) o odezwie Delegacyi stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich w sprawie walki z alkoholizmem i gruźlicą (odezwę odczytano); c) o jubileuszu »Nowin lekarskich«, na który uchwalono uprosić jako delegata prof. Dra Ciechanowskiego; d) o odezwie otrzymanej z zarządu Muzeum tatrzańskiego z prośbą o poparcie

4) Prym. Dr Borzęcki przedstawił chorego cierpiącego na **ogólny świąd skóry** i omówił przyczyny i sposoby leczenia tego cierpienia.

5) Dr Zygmunt Steuermark wygłosił wykład: **Nowe sposoby leczenia nowotworów promieniami Roentgena.** (Rzecz przeznaczona do druku)

W dyskusyi nad odczytami Dra Steuermarka i prof. Dra Rosnera przemawiali:

a) Prof. Kader, który omawia historyczny rozwój leczenia raka energią promienistą, zapatruje się pesymistycznie na uzyskane dotychczas wyniki, i twierdzi, że leczenie raka nie jest jeszcze definitywnie rozstrzygnięte. b) Kol. Hladij przytacza wyniki kliniki chirurgicznej, uzyskane w leczeniu raka promieniami Roentgena. c) Kol. Zubrzycki przedstawia metodę i wyniki leczenia raka energią promienistą (promienie Roentgena i mesotoru w klinikach berlińskich. d) Kol. Schlank demonstruje p/s Gaussa. e) Prof. Cybulski podnosi naukową doniosłość badań energii promienistej. f) Prof. E. Godlewski mówi o działaniu radu na biologiczne i rozrodcze czynności komórki zarodkowej. g) Kol. Koźniewski, popierając myśli prof. Cybulskiego, ogólnie rozpatruje znaczenie nowej nauki. h) Kol. Seńkowski, przedstawiając sprawę energii promienistej z punktu widzenia chemiczno-fizycznego, przytacza teoryę, tłómaczącą powstawanie promieni Roentgena i radu

W odpowiedzi przemawiali prof. Rosner i Dr Steuermark.

**Posiedzenie w dniu 19. XI. 1913.**

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 63.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes poświęcił słowa wspomnienia ś. p. Dr Wilkoszowi, przyczem obecni uczcili pamięć jego przez powstanie.

3) Na wniosek prof. Bujwida uchwalono wnieść do Prezydyum miasta pismo w sprawie czyszczenia ulic.

4) Prof. E. Godlewski wygłosił wykład: **Nowsze wyniki badań nad podnietą rozwojową** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawiali: prof. Rosner, Kostanecki, Cybulski, Ciechanowski i Gliński.

**Posiedzenie w dniu 26. XI. 1913.**

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 78.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes powitał jako gości członków Tow. technicznego krakowskiego, z prezesem Adelmannem na czele, wiceprezydenta Szarskiego i ks. kanonika Wądolnego.

3) St. radca budownictwa Kłeczek (jako gość) wygłosił odczyt p. t.: **O programie i warunkach konkursu dla regulacyi wylotu ul Wolskiej, sposobu zabudowania okolicznych miejskich gruntów, sposobu zużytkowania toru wyścigowego, oraz błoń miejskich.**

W dyskusyi przemawiali: Prof. Bujwid, prym. Borzęcki i inżynier Kuźniar.

Na wniosek Prof. Bujwida Towarzystwo lekarskie i Tow. techniczne uchwaliły jednogłośnie następujący wniosek: »Wspólnie zebrane Towarzystwo lekarskie i Tow. techniczne uznają za sprawę konieczną ze względów sanitarnych zasklepienie starego łożyska Rudawy«.

Sekretarz: Dr J. Zubrzycki.

---

## Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

**Posiedzenie d. 8. II. 1913.**

Przewodniczy kol. Królikowski. Obecnych 22 członków rzeczywistych.

1) Pokazano szczegółowo **pulmotor Draegera** i przyrząd Draegera do ratowania.

W dyskusyi, która dotyczyła celowości pulmotoru, możliwości aspiracyi treści żołądkowej do płuca, możliwości użycia pulmotoru do cucenia noworodków i t. p. brali udział kol. Podczaski, Kotarski, Weinzieher, Żołędziowski, Starkiewicz, Dehnel, Białostocki, Królikowski, Zieleniewski. Dyskutowano również nad niebezpieczeństwami, grożącemi przy użyciu przyrządu do ratowania, przyczem kol. Zieleniewski opowiedział przypadek uduszenia się kilku takich ratowników w przyrządach. Wobec zbyt pobieżnego potrącania w dyskusyi rozmaitych bardzo ważnych zagadnień fizyologicznych, postanowiono na wniosek przewodniczącego dyskusyę przerwać i dalszy ciąg odłożyć na posiedzenie następne.

2) Kol. Puterman: Pokaz przypadku **porażenia obustronnego mózgowego dziedziczno-rodzinnego** (diplegia cerebralis heredofamiliaris). (P. zdjęcia fotograficzne). Sprawa dotyczy dwojga dziewcząt: 3 i 4-letniego, z rodziców żydów, spokrewnionych, dość młodych, pozornie zdrowych, dziedzicznie jakoby nie obarczonych. Obie dziewczynki urodziły się prawidłowo w swoim czasie, starsza w stanie asfiktycznym. Matka ich nie przechodziła podczas ciąży żadnych chorób. Przymiot, gruźlica, alkoholizm, — nie stwierdzone. Starsza jednocześnie z początkiem obecnej sprawy chorowała na krztusiec, u młodszej natomiast początek choroby pojawił się bez przebycia jakiejkolwiek sprawy gorączkowej lub urazu. Początek choroby po prawidłowym 9-miesięcznym okresie rozwojowym objawił się u obojga dzieci wstrzymaniem rozwoju władz umysłowych oraz zaburzeniami ruchowemi. Obecnie stwierdzamy: niedokształt czaszki (obwód 44, 43 cm = obwodowi główki 6-miesięcznego dziecka), głupkowatość, zaburzenia ruchowe, — niemożność siedzenia i stania u młodszej, zaś u starszej niemożność samodzielnego poruszania się, chód kurczowo-poraźny o pewnym bezładzie, lekki niedowład lewego nerwu twarzo-



wego; u obojga dzieci toniczne napięcie kończyn, zwłaszcza dolnych, odruchy ścięgniste wzmożone, charakterystyczny odruch Babińskiego w postaci »signe d'éventail«, mimowolny płacz i śmiech, napady padaczkowe w 3. roku życia, u młodszej w dodatku częste wymioty. U obojga dzieci pewne zaburzenia przy spożywaniu pokarmów przy braku zaburzeń w połykaniu. Niema zaburzeń ze strony narządu wzrokowego, sfery czuciowej, troficznej, ze strony czynności pęcherza moczowego i odbytnicy. Charakter cierpienia postępujący.

Przechodząc do określenia postaci nozologicznej, mówca zalicza cierpienie to do kategoryi spraw dziedziczno-rodzinnych, a to na zasadzie następujących danych: 1) identyczności okresu występowania choroby u dwóch sióstr (homochronia); 2) identyczności objawów chorobowych (homologia); 3) charakteru postępującego sprawy (progressivitas); 4) wewnątrzustrojowego powstania choroby (endogenitas).

Co do punktu czwartego, to pomimo asfiksyi poporodowej u starszego dziecka, uważanej za jeden z czynników etyologicznych spraw wrodzonych zewnątrz-ustrojowych (choroba Littlea), mówca nie waha się zaliczyć omawianej choroby do wewnątrz-ustrojowych (endogen), a to na zasadzie braku tego czynnika u dziecka młodszego, u którego objawiła się ta sama sprawa chorobowa, w dodatku w cięższej postaci.

Że w danym przypadku chodzi o cierpienie organiczne, a nie czynnościowe, na to wskazują: niedokształt czaszki, głupkowatość, a głównie »signe d'éventail«. Dwa pierwsze objawy, oraz napady padaczkowe, wskazują zarazem na siedzibę sprawy w mózgu, wyłączając w ten sposób inne sprawy dziedziczno-rodzinne pochodzenia rdzeniowego, stojące często w blizkim związku z omawianem cierpieniem.

W dalszym ciągu kol. P. omawia: 1) wyodrębnioną po raz pierwszy w r. 1886 przez Strümplla sprawę dziedziczno-rodzinnego porażenia rdzeniowego (paralysis spinalis spastica familiaris) o pierwotnej siedzibie sprawy w rdzeniu; zapatrywania pewnych autorów na systemowe zwyrodnienie dróg piramidalnych, jako na wtórne, zależne od pierwotnych zaburzeń ośrodków korowo-mózgowych; 2) rodzinne porażenie mózgowe obustronne (diplegia cerebralis familiaris), opisane przez Sachsa w r. 1887, cechujące się występowaniem sprawy w pierwszych miesiącach niemowlęcych, zaburzeniami władz umysłowych, narządu wzrokowego (amaurosis-Tay), zaburzeniami ruchowemi, śmiertelnem zejściem z końcem 2. roku życia przy objawach uwiądu (idiotismus amauroticus Tay-Sachsa); 3) postacie obustronnego porażenia mózgowego rodzinnego o mniej burzliwych objawach i bardziej przewlekłym przebiegu sprawy. Do tych postaci »diplegiae cerebralis familiaris« zalicza mówca i swój przypadek.

Co do zmian anatomo-patologicznych przypuścić należy niedokształt wrodzony lub zwyrodnienie mózgowia (aplasia, microgyria, porencephalia, sclerosis diffusa lub inne zaburzenia pochodzenia niezapalnego). Co do patogenezy sprawy omawianej, po wyłączeniu skażenia gruźliczego, przymiotowego, alkoholowego, mówca podkreśla pokrewieństwo oraz rasę rodziców jako jedyne czynniki etyologiczne w znaczeniu czynników dziedzicznych homologicznych. Tym to czynnikom głównie przypisać należy częste stosunkowo przenoszenie się na potomstwo pokrewnych małżeństw zarówno ujemnych jak i dodatnich cech przodków bliższych lub dalszych (atawizm) w postaci spotęgowanej, — cech, pozostających nieraz u przodków w stanie utajonym. Ujemny wpływ rasy na potomstwo spostrzegać się daje najbardziej wśród żydów, niechętnie łączących się z rasami obcemi. Nieprzyjazne warunki natury ekonomiczno-politycznej, wśród których od wieków znajdują się żydzi (odwieczne prześladowania, troski o jutro, praca przeważnie duchowa), wywierają deprymujący wpływ na ich układ nerwowy, co w dalszych pokoleniach ujawnia się w postaci różnorodnych ciężkich zaburzeń czynnościowych i zwyrodnień układu nerwowego (rzadkie wśród innych ras okazy nerwowe — Charcot — i choroba Tay-Sachsa wśród żydów w Polsce zamieszkałych).



Leczenie: Możliwe unikanie kojarzenia się małżeństw pomiędzy krewnymi, obarczonymi wadami dziedzicznemi, leczenie chorych w odpowiednich zakładach. (Streszczenie własne).

3) Kol. Dehnel odczytał referat: **Stan współczesny dyagnostyki, kliniki i terapii chorób nerkowych.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusyę z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia

**Posiedzenie z d. 22. II. 1913.**

Obecnych 11 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Królikowski.

1) Kol. Puterman przedstawił dziewczynkę w wieku 1 roku i 10 miesięcy, urodzoną na czasie i prawidłowo z rodziców żydów, niespokrewnionych, dziedzicznie jakoby nieobarczonych. Skażenia gruźliczego, przymiotowego, alkoholowego nie stwierdzono. Do 8 miesięcy życia dziecko rozwijało się prawidłowo. Od tego czasu, jakoby po spadnięciu z nieznacznej wysokości, występuje cały szereg zboczeń rozwojowych. Obecnie stwierdza się: wstrzymanie rozwoju władz umysłowych, pewne zaburzenia wzrokowe (anisocoria, słabe oddziaływanie źrenic, mała wrażliwość siatkówki), lekki niedowład lewego nerwu twarzowego, zaburzenia koordynacyjne (ze strony mięśni szyjnych, grzbietowych, kończyn), wzmożenie odruchów ścięgnistych, zwłaszcza dolnych kończyn, obustronny objaw Babińskiego, pewne zaburzenia czuciowe przy braku zmian troficznych. Sprawa ma charakter postępujący. Po wyłączeniu sprawy czynnościowej, oraz pewnych zaburzeń organicznych mózgowo-rdzeniowych (choroba Friedreicha, wodogłowie, stwardnienie rozsiane), mówca rozpoznaje obustronne porażenie mózgowe (diplegia cerebralis), wstrzymując się na razie z orzeczeniem co do charakteru dziedziczno-rodzinnego, a to na zasadzie braku dokładniejszych danych co do stanu zdrowia drugiego dzie-

cka, 8-miesięcznego chłopczyka, oraz rodziców. (Streszczenie własne).

2) Dyskusyę nad referatem kol. Dehnela: **O stanie współczesnym dyagnostyki, kliniki i terapii chorób nerkowych,** rozpoczął

a) Kol. Weinzieher wyrażeniem wątpliwości, czy w istocie wszystkie postacie przewlekłych zapaleń nerek dadzą się tak ściśle rozkwalifikować na 4 formy odrębne, jak to przedstawił prelegent, a mianowicie: 1) białkomocz, 2) niedomoga nerkowa w formie obrzękowej, 3) niedomoga nerkowa w formie suchej, azotemia, i 4) forma z podniesionem ciśnieniem, stosownie do poglądów Widala, czy w rzeczywistości nie znajdziemy częściej form mieszanych, niż ściśle wyodrębnionych według powyższej klasyfikacyi, nie mającej w dodatku żadnych podstaw anatomo-patologicznych.

b) Kol. Puterman zwraca uwagę na niepewność próby z błękitem metylenowym (błękit metylenowy ulega nieraz w ustroju pewnym zmianom), zastąpionej obecnie przez próbę indygokarminową; uzupełnia nieuwzględnione przez prelegenta inne metody badania czynnościowych zaburzeń nerek: refraktometrya moczu Strübla, określanie przewodnictwa elektrycznego moczu; radioskopia, próba dyastatyczna Wohlgemuta (brak dyastazy w wątrobie, hyperglikemia skutkiem większego rozkładu glikogenu); metoda Schlayera, wyodrębniająca schorzenie substancyi korowej (glomerulonephritis) (opóźnienie wydzielania się z moczem wprowadzonego wewnętrznie jodku potasu). Zarazem zwraca mówca uwagę na niedostępność pewnych omawianych metod dla lekarza prowincyonalnego, a to z powodu niełatwego i niezawsze obojętnego rękoczynu, jakim jest cewnikowanie moczowodów, celem określenia moczu z poszczególnych nerek, oraz z powodu drogości pewnych przyrządów (Röntgen). Do metod dostępniejszych mówca zalicza: obmacywanie nerek (Israel), określanie osmotycznego i tonometrycznego ciśnienia krwi. W dalszym ciągu omawia kol. P. gruźlicę nerek, jej powstanie drogą krwi, szerzenie się sprawy z wierzchołków brodawek nerkowych — pierwotnej siedziby sprawy — na kielichy i dalsze odcinki dolne dróg moczowo-płciowych; zwraca uwagę na trudność rozpoznania początkowych okresów tej sprawy, na znaczenie wczesnych objawów, do jakich zalicza ropomocz i krwiomocz; wskazuje na ichtyol, jako na skuteczny nieraz środek przeciwko gruźlicy nerek. W końcu wspomina o sprawie, spotykanej u dzieci i opisanej przez Heubnera, jako krwotoczna i niekrwotoczna »nephrosis«, w jednym i drugim razie z obrzękami, oraz »paedonephritis« — bez obrzęków. (Streszczenie własne).

c) Kol. Starkiewicz sądzi, że prelegent, mówiąc o nowoczesnych poglądach na czynności nerek chorobowo zmienionych, nie powinien był pominąć i tego faktu, że w tej dziedzinie ma ogromne znaczenie wiek, że uchylenia w czynności nerek ustroju całkiem młodego mają inny przebieg i często inne znaczenie, niż u dorosłych. Kol. D. wspomniał tylko mimochodem o białkomoczu t. zw. ortostatycznym, który ze względu na bardzo ciekawe badania prof. Jehlego zasługuje na większe uwzględnienie. Badania te wykazały, że białkomocz ten zależy nietyle od stojącej pozycyi dziecka, ile od ułożenia się kręgosłupa (wygięcia ku przodowi), że przez odpowiednie zgięcie kręgosłupa, wywołując zastój w żyłach nerkowych, można doświadczalnie nawet u znacznej liczby dzieci zdrowych wywołać białkomocz, zwany przez Jehlego lordotycznym. Michałowicz w artykule: »W sprawie białkomoczu u starszych dzieci o sobozmianie zmniejszonym« (drukowanym w »Nowinach lekarskich«) idzie jeszcze dalej, przypuszczając na zasadzie odpowiednich własnych spostrzeżeń klinicznych, że białkomocz lordotyczny powstaje u dzieci ze zmniejszonym sobozmianem (słabe napięcie tkanki mięśniowej, wygięcie kręgosłupa ku przodowi, stopa płaska, zwiększona ilość kwasu moczowego, złogi, wyleczenie pod wpływem dyety przeciwartretycznej i t. d). Spostrzeżenie to, zdaniem mówcy, znajduje potwierdzenie również w spostrzeżeniach klinicystów francuskich, według których t. zw. białkomocz okresowy (cykliczny) spotyka się u dzieci, wyglądających dobrze, ale obarczonych dziedziczną skazą neuro-artretyczną. Z tego zaś wynika wniosek, jak ważnem i tu jest liczenie się z warunkami ogólnymi, zachodzącymi zarówno w samym ustroju, jak i na zewnątrz, na co zresztą i kol. D. w swoim referacie zwrócił uwagę. Dalej, zdaniem mówcy, należało silniej podkreślić (choć uwagę na to zwrócono), że białkomocz niezawsze jest równoznaczny z zapaleniem nerek, że stwierdzanie również wałeczków, zwłaszcza szklistych, nie dowodzi jeszcze, jak mniemano, sprawy zapalnej w nerkach, że często zarówno białko, jak wałeczki, są to objawy krótkotrwałe, przemijające. Słusznem jest, według mówcy, założenie nowych poglądów na choroby nerek. Klasyfikacya Widala jest bardzo ciekawa, oparta na spostrzeżeniach wybitnego klinicysty, ale w szczegółach jeszcze nie jest dość uzasadniona. O ile co do przepuszczalności chlorków poglądy Widala i Jovala nie ulegają wątpliwości, o tyle w sprawie t. zw. azotemii widzi się dużo jeszcze sprzeczności. Tak, zdaniem Rzętkowskiego, zawartość mocznika we krwi ma wynosić 1.007 (czyli $\pm$ 0·45 azotu), stwierdzał on jednak daleko większe ilości w zapaleniu płuc włóknikowem, kończącem się pomimo to nawet przy 0.4 mocznika pomyślnie, a więc stwierdzenie dużych nawet ilości N we krwi nie jest jeszcze oznaką rychłej śmierci. Zgodnie z tem Nobécourt i Darré, zajmujący się badaniem mocznika w płynie mózgowo-rdzeniowym w zapaleniach nerek u dzieci, mówią: »obecność (wzmożona) mocznika w płynie mózgowo-rdzeniowym nie jest bezwzględnie złą na razie«, choć uważają ci autorzy, że utrzymywanie się mocznika w większej ilości nie jest obojętne na przyszłość dla przepuszczalności nerek. Ci i inni autorzy francuscy (Nobecourt, Sevestre) stwierdzali wzmożone ilości mocznika i w wielu innych chorobach dzieci (n. p. przy toksycznych zaburzeniach pokarmowych od 0.5 do 3.77 pro mille), lecz ciekawem jest, że na sekcyi stwierdzano nieznaczne zmiany w nerkach, a bardzo ciężkie w wątrobie; czy więc nie można mówić, na co zwracają uwagę wymienieni autorzy, raczej o innem pochodzeniu mocznika w płynie mózgowo-rdzeniowym, o nadprodukcyi mocznika w wątrobie... Nie wspomniał też prelegent nic o tak zw. »syndrome cardio-vasculaire« francuskich klinicystów, zwłaszcza pedyatrów, — wzmożone ciśnienie tętnicze i powiększenie serca, nie spotykane w prostych białkomoczach, dość często w »albuminurie chlorurémique«, a bardzo wybitnie w »albuminurie azotémique«. (Streszczenie własne).

d) Kol. Królikowski wyraża zdanie, że w przedstawionej przez prelegenta klasyfikacyi zupełnie nie została uwzględniona anatomia patologiczna, która na klasyfikacyę taką powinna bezwarunkowo mieć wpływ, jeżeli nie wyłączny, to w każdym razie ważny, wyjaśniający zarazem objawy kliniczne. Podział zapaleń nerek wyłącznie na zasadzie objawów klinicznych kol. K. uważa za niedostateczny; podział ten jest sztuczny; mogą być postacie mieszane, przejściowe; może być azotemia bez choroby nerek, taksamo białkomocz.

e) Kol. Dehnel wyjaśnia, że hypertensya zależy od zatrucia ustroju. Co do podziału, to przyznaje, że jest on sztuczny, ale przy obecnym stanie wiedzy każdy podział chorób nerek musi być sztuczny.

S. Weinzieher.

---

## Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

### Walne Zebranie z d. 26. IV. 1913.

1) Prezes Radca Chłapowski wita zgromadzonych kolegów i zaprasza na przewodniczącego kol. Kubackiego z Pleszewa.

2) Kol. Mieczkowski przedstawia 14-letniego chłopca, cierpiącego na **raka kiszki grubej,** jak wykazała operacya. Pierwotnie rozpoznawano tu przewlekłe zapalenie kiszki ślepej. Chory mizerniał coraz więcej, ponieważ zaś nie miał gorączki, a bóle wciąż trwały, przeto zmieniono rozpoznanie na rozpoznanie nowotworu. Okazało się też,

że istotnie chodzi o raka (adenocarcinoma coeci) **z wgłobieniem w okrężnicę poprzeczną.** Mowca przeciął wzdłuż okrężnicę poprzeczną, wyciął guz i, zeszywszy końce, rozsunął wgłobienie.

3) Kol. Nowakowski przedstawia a) chorą 20-letnią, która upadłszy, uderzyła się w prawe ramię i dopiero po dwóch dniach z powodu silniejszego bólu ręką poruszać nie mogła. Oddano chorą do szpitala na oddział chorób wewnętrznych (!), gdzie leczono ją elektryzacyą i t. d., skutkiem czego po 6 tygodniach wyszła chora z zupełnie zesztywniałem ramieniem. Mowca objąwszy wówczas leczenie, zrobił natychmiast rentgenogram i przekonał się, że cała torebka stawowa była skostniała. Po małym więc urazie nastąpiły bardzo poważne zmiany. Najlepiej będzie skostniałą torebkę wyciąć. Następnie kol. Nowakowski przedstawia b) kotlarza z **»mal perforant de la main«,** spowodowanem skaleczeniem nerwu pośrodkowego przy operacyi. Chory ten miał po powikłanem złamaniu prawego palca wielkiego ropowicę całej ręki i przedramienia. Po przecięciu i wygojeniu pozostała sztywność wszystkich niemal stawów ręki. Przez gimnastykę w zakładzie kol. N. udało się palce uruchomić zupełnie, resztę stawów częściowo. Gdy jednak chory zaczął pracować, pokazały się na czubkach wskaziciela i średniego palca źle gojące się bąble i rany, które zawsze przy rozpoczęciu pracy powracały. Mowca sądzi, że podstawą tego jest skaleczenie nerwu pośrodkowego, które wywołało trofoneurozę.

3) Kol. Wierzejewski przedstawia a) przypadek **arthritis ankylotica** wszystkich stawów, z których uruchomił łokciowy, pokrywając przytem kość ramienną przy końcu częścią mięśni przedramiennych; b) dalej pokazuje rentgenogram kolana chorego 20-letniego, które wskutek gruźlicy całkowicie zesztywniało. Sprawa rozpoczęła się w 3. roku życia. Mowca wykonał resekcyę całej torebki i utworzył nową, wszczepiając szmat powięzi szerokiej i więzadła boczne, z tejże powięzi utworzone. Staw teraz jest do 80% poruszalny. U dzieci niżej lat 20 operacya ta chybia celu, bo tworzy się skostnienie mięśni (myositis ossificans).

4) Kol. Gantkowski gorąco zachęca do zgłaszania się do Towarzystwa internistów polskich.

5) Kol. Witold Kapuściński wygłasza wykład: **Przejawy gruźlicy w zachorzeniach ocznych z uwzględnieniem rozpoznania i leczenia.** Na gruźlicę jako powód chorób ocznych mało zwracano uwagi. Dopiero Michel podniósł doniosłość tych spraw, które daleko większą rolę grają, niż mniemano. Płuca niezawsze przytem muszą być zajęte. W zmianach oka rzadko chodzi o typową formę gruzełka. Odczyn Pirqueta, uważany za nieszkodliwy, rozstrzyga tylko u dzieci; jest bardzo ważny przy ocenie zołzów w stosunku do gruźlicy (90% dodatnich odczynów). U królików można wywołać pryszczykowe zapalenie spojówki (phlyctenae), skoro się zwierzęta poprzednio zakazi gruźlicą. U ludzi dorosłych każde zachorzenie oczne — prócz wrzodu pełzającego — może mieć charakter gruźliczy, ale w większej części przypadków nie znajdujemy w oku samem typowo gruźliczych zmian. Rozpoznawczo rozstrzygają tu wstrzykiwania tuberkuliny, które powoli się zwiększa do dawki 0,2. Jeśli po tej dawce nie ma odczynu, to można gruźlicę wyłączyć. Odczyny te nie są szkodliwe; raz tylko widział prelegent dość silny odczyn przy zapaleniu tęczówki i ciałka rzęskowego, raz pewne pogorszenie. Odczyn silny przy stwardniającem zapaleniu rogówki (keratitis sclerotica) nawet jest wprost pożądany. Krwotoki w ciałku szklistem miewają często podstawę gruźliczą. Mimo wykazania gruźlicy, jako powodu licznych zachorzeń ocznych, dawne nasze środki, jak arszenik i jod, zatrzymują w okulistyce swe prawa.

W dyskusyi a) kol. Chłapowski podnosi piękną polszczyznę wykładu; — b) kol. Ksawery Zakrzewski zwraca uwagę, że i w innych dziedzinach gruźlica często bywa zapoznawana jako czynnik etyologiczny., N. p. leczono pewnego służącego szpitalnego na wyprysk rąk bezskutecznie. Dopiero gdy z innych powodów zastosowano tuberkulinę, wyprysk odrazu ustąpił.

5) Kol. Nowakowski pokazuje a) dwa preparaty wyjętego **wola,** z których jeden (gdzie były objawy choroby Basedowa) jest zwyrodniały koloidowo; b) rentgenogram **gruźliczego zapalenia szpiku** kości ramiennej. Sprawa, trwająca lat 15, w ostatnim czasie tak się stała bolesną, że prelegent zdecydował się na operacyę.

6) Kol. Pawlicki: **O rozpoznaniu czynności nerek chorych.** Prelegent omawia różne metody badania sprawności nerek zapomocą florydzyny, kryoskopii, oznaczania mocznika w krwi i moczu, fenolftaleiny i oddaje prym próbie indygokarminowej. Sposób ten w 90% przypadków nie zawodzi, jak się prelegent sam w praktyce przekonał. Nie wolno zabierać się do wyjęcia jednej nerki bez poprzedniego dokładnego zbadania sprawności drugiej nerki. W końcu przedstawia prelegent wyjętą z powodu roponercza nerkę.

W dyskusyi a) kol. Karwowski zaznacza, że w wielu przypadkach próba indygokarminowa bez cewnikowania moczowodów nie wystarcza. Daje ona jedynie pogląd, czy druga nerka wogóle jest czynna, czy nie, jaki zaś jest mocz z tej nerki, czy zawiera białko, ropę i t. d., o tem przy zwyczajnej cystoskopii dowiedzieć się nie możemy. — b) Kol. Pawlicki podtrzymuje swoje zapatrywanie, przyznaje jednak, że i on stosuje cewnikowanie moczowodów, jeśli sama cystoskopia do celu nie wiedzie. — c) Kol. Panieński ze stanowiska internisty zwraca uwagę na ważność ciśnienia krwi, koncentracyi molekularnej, ilości moczu w stosunku do spożytych płynów i t. d., oraz zawartości t. zw. reszty azotu w moczu i krwi. d) Kol. Nowakowski wspomina o pracy Gottsteina z Wrocławia o rozpoznaniu czynności nerek. — e) Kol. Ksawery Zakrzewski stwierdza, że żadna metoda nie jest zupełnie pewna. Ocenienie ich jest często podmiotowe, zależnie od kliniki i kraju, w którym się je stosuje. — f) Kol. Dandelski podnosi ważność cewnikowania moczowodów, które bynajmniej nie jest niebezpieczne. Chcąc dojść do pewnych wyników, należy różne metody porównywać. — g) Kol. Jezierski wspomina o stosowanej w Ameryce fenolsulfoftaleinie, używanej śródżylnie. Co do uwag kol. Panieńskiego, to zaznacza, że w zachorzeniach nerkowych niezawsze ciśnienie krwi jest wzmożone. Przeciwnie przy gruźlicy i wodonerczu bywa ono obniżone. — h) Kol. Dziembowski jest za stosowaniem wszystkich prób, t. j. także cewnikowania. Mowca przytacza przypadek, w którym wykonano próbę indygokarminową i kryoskopową, a jednak po wyjęciu chorej nerki nastąpiła mocznica i śmierć. — i) Kol. Łazarewicz, streszczając wypowiedziane zdania, podnosi niedostateczność wszystkich metod. — k) Kol. Dandelski zwraca się przeciw badaniu fermentów, które daje dopiero po 24 godzinach wynik i jest niepewne. Wspomina o przypadku raka nerki, gdzie polegając na wyczuciu powiększonej nerki, wzięto ją za chorą i wyjęto. Tymczasem okazało się, że właśnie ta nerka była zdrowa. — l) Kol. Pawlicki w końcu jeszcze zdaje sprawę ze swych prób na królikach. Mowca otwierał w uśpieniu pęcherz i wstrzykiwał śródmięśniowo indygokarmin, aż się zaczął pokazywać niebiesko zabarwiony mocz. Wtedy wypreparował mowca jedną nerkę i pędzlował ją roztworem azotanu srebra. W tej chwili zmieniła się jej czynność, barwik przestał się wydzielać, a ilość moczu z tej strony znacznie opadła. Badanie drobnowidowe wykazało ogromne rozszerzenie naczyń i wybroczyny z naczyń włosowatych. Zabarwienie moczu występuje przy próbie indygokarminowej po 8—10 minutach. Chodzi o to, czy z obu nerek równocześnie i z równą siłą się rozpoczyna.

Adam Karwowski.

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Budowa nowego gmachu kliniki położniczo-ginekologicznej ma się rozpocząć, jak słychać, już w roku bieżącym.

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 14. XII. do 20. XII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 2 (obcych 3 † —), krztuśca 7 † 1 (— † —), ospy wietrznej 1, płonicy 13 † 2 (4 † —), odry 8 † (— † —), duru brzusznego 2 † 1, (7 † —) czerwonki 2, róży 3 — 1 (2 † 2). Dr. Janiszewski.

**Choroby zakaźne w Łodzi.** Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 15. XII. do 22. XII. 1913 przypadków: ospy 3, płonicy 4, róży 2. Dr. Trenkner.

**Z różnych stron.** Senat w Petersburgu orzekł, że brak świadectwa dojrzałości z gimnazyum rosyjskiego nie może dla doktorów zagranicznych stanowić przeszkody do zdawania egzaminu lekarskiego w Rosyi.

— Na porządku dziennym posiedzenia Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 26. XII. 1913 znajdowały się następujące wykłady: 1) Dr. Huszcza. »O wpływie wzmożonego atmosferycznego ciśnienia na skład krwi«. 2) Dr. Wojnicz. »O wodzie Łuckiej (na Wołyniu)«.

**Redakcya otrzymała:** Alfr. Sokołowski: Serce a płuca, ich wzajemny stosunek w sprawach patologicznych. (Odczyty kliniczne Serya XX Zesz. 9). — Mikulski: W walce z alkoholem — od słowa do czynu (Głos lek. 1913). — Prof. Dr. Ludwik Rydygier: Zbiór prac dotychczas drukiem ogłoszonych. Lwów 1912. str. 1268 + XLIX. — Wiczkowski: Walka z gruźlicą w innych krajach a u nas. Lwów 1913. str. 28.

**Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1913.** (dokończenie).

*Gazeta lekarska.* Nr. 51—52: Pruszyński: Mikołaj Rejchman (życiorys) (51). — Gabszewicz: Wyniki zabiegów operacyjnych w zwężeniach odźwiernika nienowotworowego pochodzenia (51). — Rzętkowski: Badania nad rozwojem charłactwa w przebiegu nowotworów mysich doświadczalnych (51). — Turkiewiczówna: Przyczynek do anatomii patologicznej przepuklin przeponowych (51). — Grudziński: Radiodyagnotyka zwężeń przełyku (51). — Dąbrowski: Dwa przypadki rozstrzeni żołądkowej u młodych chłopców (51). — Smużyński: Z kaznistyki zwężeń bliznowatych przełyku i żołądka (51). — Moczulski: Spostrzeżenia kliniczne nad wpływem wziewań w niedomodze sercowej (51) — Bernhard (dok. 52).

*Tygodnik lek.* Nr. 52: Przeździecki: O alopecia areata. — Czarnik: O nowych urządzeniach w szpitalach dla dzieci. —

*Przegląd chirurg. i gin.* T. IX. Z. III.: Zembrzuski: Z dziedziny chirurgii tylnej jamy czaszkowej. — Leśniowski: Kilka słów w sprawie samoistnych przetok żołądkowo-okrężniczych.

*Zdrowie.* Z. XII. Inż. Gomuliński: O asenizacyi miast. — Hewelke: Nowe prawo o ubezpieczeniu robotników. — Fidler: Stan szpitalnictwa oraz ruch chorych w szpitalach ziemi radomskiej.

Odpowiedzialny redaktor:
**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## Nadesłane.